


BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
· SERVAT · ET · DOCET ·
FVNDATA
MDCCCLXXV
EX DONO

ZENTRALBLATT

FÜR DIE GESAMTE

THERAPIE

Begründet von **Professor Dr. M. HEITLER**

Redigiert von

Professor Dr. BRIEGER
Geh. Medizinalrat
Berlin NW., Brückenallee 34

Dr. EMIL SCHWARZ
Dozent für innere Medizin an der Universität in Wien
Wien, I. Kolowratring 9

unter Mitwirkung von

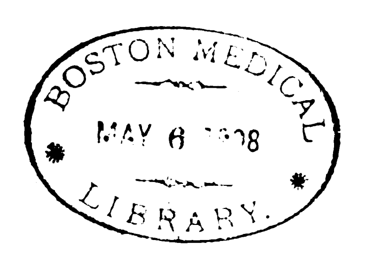
Dr. FRITZ LOEB
München, Kaufingerstraße 25.

XXV. JAHRGANG. 1907.

Verlag und Expedition:

MORITZ PERLES
k. u. k. Hofbuchhandlung
Wien, I. Seilergasse 4.

für das Deutsche Reich:
OSCAR COBLENTZ
Verlagsbuchhandlung
Berlin W/30, Maasenstraße 13.


BOSTON MEDICAL
LIBRARY.



Inhalts-Verzeichnis.

Original-Artikel.

Referate.

Sachregister.















Autoren-Verzeichnis.




Digitized by Google









Das „Zentralblatt für die gesamte Therapie" eröffnet mit diesem Hefte seinen

XXV. Jahrgang.

Ein Vierteljahrhundert der treuen Berichterstattung über die Fortschritte der Therapie! — Wer immer das Werden der medizinischen Wissenschaft, die Intensität und Extensität der Forschung auch nur oberflächlich verfolgt hat, wird die Summe von Arbeit begreifen, welche aufzuwenden war, um aus den unzähligen Publikationen die den praktischen Bedürfnissen dienlichen Früchte zu sammeln und zu sichten, wird aber auch erkennen, daß heute mit den einfachen therapeutischen Angaben allein dem Arzte nicht gedient ist. Denn der Arzt ward zum Naturforscher, er verläßt die Empirie und sucht sich von jedem seiner Schritte auch die Gründe klar zu machen. Deshalb ist es auch eine gerechte Forderung, daß ein therapeutisches Zentralblatt weit über den engen Horizont der Therapie hinaus aus den Gebieten der theoretischen und klinischen Medizin all das berücksichtigt, was zur Grundlage selbständigen ärztlichen Handelns dienen kann. Wir glauben, durch die Ausgestaltung, welche wir dem Zentralblatte in den drei Jahren unserer gemeinsamen Wirksamkeit gegeben haben, dieser Pflicht in vollem Umfange nachgekommen zu sein und mit berechtigten Hoffnungen auf das weitere Vertrauen der ärztlichen Kreise das neue Vierteljahrhundert eröffnen zu können.

Die Redaktion.

Ueber den Stoffwechsel und die Ernährung von Krebskranken.

Von Geheimrat Prof. Dr. **E. v. Leyden,** Berlin.

Die Fortschritte, welche die Kenntnis von der Krebskrankheit in den letzten Jahren gemacht hat und welche wir der rastlosen Forschung hochverdienter Männer der Wissenschaft verdanken, haben auch im größeren Publikum das Interesse und die Einsicht in das Wesen dieser bösartigen Geißel der Menschheit wesentlich vermehrt. Namentlich die Internationale Krebskonferenz zu Heidelberg und Frankfurt a. M. vom 25. bis 27. September d. J., welche mit der Eröffnung des großen Krebsinstituts zu Heidelberg durch Exzellenz Prof. Czerny verbunden war, haben allgemein das Interesse gefesselt. Die reichhaltigen Vorträge und Demonstrationen in den Sitzungen haben in den weitesten Kreisen Anerkennung und Interesse gefunden, sie haben gezeigt, daß die Forschungen der letzten Jahre unsere Kenntnisse vom Wesen dieser Krankheit wesentlich gefördert haben. Seither wird dieselbe neben der Tuberkulose und der Lues zu den Volkskrankheiten gezählt, welche nicht nur das Interesse der wissenschaftlichen Kreise, sondern auch das Bedürfnis zur allgemeinen Teilnahme an ihrer Bekämpfung gezeitigt haben. Wenn nun die in Heidelberg vorgetragenen Untersuchungen, und namentlich die wichtigen und höchst interessanten experimentellen Arbeiten zunächst das Wesen der Krankheit in ein helleres Licht gestellt haben, so ergab sich doch auch so viel, daß wir dem Ziele der medizinischen Wissenschaft, das heißt der Bekämpfung dieser schrecklichen Krankheit, näher gekommen sind. Therapeutische Versuche an Tieren und einzelne therapeutische Erfolge am Menschen wurden

daselbst vorgetragen, namentlich wurde die Serumtherapie auch des Krebses als eine hoffnungsvolle Therapie hingestellt. Wenn hiemit die Natur der Krebskrankheit nach verschiedenen Richtungen hin mehr geklärt und mehr verständlich geworden ist, wenn nun auch die Anfänge einer erfolgreichen Therapie in Heidelberg vorgetragen wurden, so müssen wir doch anerkennen, daß noch ein anderer Gesichtspunkt, welcher bereits seit einer Reihe von Jahren aufgestellt und bearbeitet worden ist, wesentlich für den weiteren Erfolg therapeutischer Bestrebungen notwendig ist: ich meine das Problem von dem Stoffwechsel und der Ernährung der Krebskranken. So lange diese schreckliche Krankheit bekannt und in den medizinisch wissenschaftlichen Büchern beschrieben ist, wissen wir, daß dieselbe unter qualvollen Erscheinungen und meistens nach langwierigem Verlauf mit dem Tode des Patienten endigt; in diesem langen Verlauf der Krebskrankheit bildet sich in der Mehrzahl der Fälle ein Krankheitsbild, welches dem Beobachter als charakteristisch auffallen muß; ich meine die Krebskachexie, charakterisiert durch starke, bis zu den höchsten Graden gesteigerte Abmagerung und eine ebenso hochgradige Blässe und Anämie, welche sich bis zu dem äußersten Grade der progressiven perniziösen Anämie steigern kann; hiezu gesellen sich noch: hydropische Anschwellungen, allgemeine Schwäche, kleiner Puls und ein unbezwinglicher unüberwindlicher Widerwille gegen Nahrungsaufnahme. Hiemit geht ein starker Verfall der Kräfte und eine gedrückte, man kann sagen hoffnungslose, verzweifelnde Stimmung einher. In diesem Zustande lebt der Patient nicht selten noch mehrere Wochen oder selbst Monate, ehe er dahingeht. Die Krebskachexie ist Gegenstand mehrfacher Studien geworden; die Frage, ob sie etwas Typisches für die Krebskrankheit darstellt, ist in der Regel bejaht worden. In der Tat, wenn wir diese Kachexie mit anderen chronischen abzehrenden Krankheiten vergleichen, wie z. B. der Lungenschwindsucht, so ist eine Differenz unverkennbar. Der Schwindsüchtige, im letzten Stadium der Krankheit, ist ebenfalls abgemagert, von leidendem Aussehen, dabei von blasser Gesichtsfarbe mit zirkumskripter Wangenröte, roten, zum Teil zyanotischen Lippen, er stöhnt, ist aber selten hoffnunglos, er ist unruhig und lebhaft, wirft sich im Bette umher, er nimmt die dargebotene (flüssige) Nahrung in der Regel ohne Schwierigkeit auf, soweit sie nach Mischung und Zubereitung für ihn geeignet ist. Die Frage, ob der als Krebskachexie bezeichnete Zustand von der eigentümlichen Art des Krebses abhängt, ist verschieden beantwortet worden. Die Mehrzahl der Aerzte und Forscher hat ihn als die Folge einer besonderen toxischen Einwirkung der Krebskrankheit anerkannt, nicht nur bezüglich der Abmagerung, sondern auch bezüglich der Veränderung des Blutes. Das Blut bietet in einer Reihe der Fälle eine deutliche Abnahme an roten Blutkörperchen und eine blassere Färbung derselben dar, in denselben finden sich öfters kernhaltige, zum Teil abnorm große rote Blutkörperchen. Die Ursache dieser Kachexie kann in einer besonderen, von der Krebskrankheit gelieferten giftigen toxischen Substanz gelegen sein, indessen dürfte sie auch durch die lange Dauer der abzehrenden Krankheit verständlich werden. In dieser Beziehung ist es nun von großer Bedeutung, zu erforschen, ob in der Krebskrankheit besondere toxische Substanzen (Toxine) gebildet werden, welche das Blut und den übrigen Organismus aufzuzehren imstande sind, oder ob überhaupt ein stärkerer allgemeiner Zerfall der Körpersubstanz vorliegt, welcher unaufhaltsam fortschreitet und zum Tode führt; endlich ist die wichtige Frage zu diskutieren, ob, respektive in welchem Maße durch therapeutische Eingriffe der Prozeß der Abzehrung und des Verfalls aufgehalten werden könnte. Hiezu muß bemerkt werden, daß die fortschreitende und deletäre Wirkung einer eventuellen giftigen Substanz doch nur dann in den Vordergrund treten dürfte, wenn die Krebskrankheit durch langes Bestehen, durch immer fortschreitendes Wachstum der Krebsgeschwülste oder aber durch qualvolle Schmerzen die Ernährung beeinflußt und die physischen und morali-

schen Kräfte des Kranken aufzehrt. Dagegen würden für die Beurteilung dieser Frage alle diejenigen Krankheitsfälle ausscheiden, bei denen stärkere mechanische Hindernisse vorliegen, wie die Verengerungen der Schlundröhre oder des Pylorus u. a. m., welche die Aufnahme der Nahrung mehr und mehr beschränken oder deren Fortführung aus dem Magen nach den Därmen verhindern, eventuell auch durch Erbrechen die Nahrung wieder zurückwerfen. Ebenso würden äußerst schmerzhafte Erkrankungen der Knochen (Knochenkrebs), speziell der Wirbelkrebs, oder endlich große Tumoren des Unterleibes mit Aszites die Ernährung direkt hindern und auch ohne spezielle chemische Einwirkung die tödliche Abzehrung herbeiführen können.

Für diese wichtigen Fragen werden die Untersuchungen des Stoffwechsels bei Krebskranken, auf welche ich nunmehr eingehen will, von Wichtigkeit sein. Dieselben sind bereits seit einer Reihe von Jahren im Gange und haben nach der eben bezeichneten Hinsicht wichtige Tatsachen zutage gefördert.

Die älteren Stoffwechseluntersuchungen in Krankheiten beschäftigten sich zunächst mit dem Fieber und nur einzelne derselben berühren die chemischen Verhältnisse bei Karzinomen.

Ich erwähne zunächst die Untersuchungen von Vogel (Zeitschrift für rationelle Medizin, Bd. 4, pag. 362). Derselbe fand in einem Falle von vorgeschrittenem Leberkarzinom bei völliger Inanition nur 6·9 bis 7·4 bis 9·5 und 8·0 Harnstoff pro Tag. Vogel glaubt, daß die geringe Harnstoffmenge ein Beweis dafür sei, daß Eiweiß im Körper zurückgehalten und zum Aufbau der Geschwulst verwendet werde. Allein in dem betreffenden Falle bestanden unstillbare Diarrhöen, durch welche sicherlich eine große Menge von Stickstoff verloren ging. Aussilloux (zitiert bei Eichhorst [Spez. Path. u. Therapie, VI., 366]) fand bei Leberkarzinomen keine Abnahme des Harnstoffgehaltes und Rommelaire (Journ. d. Med. de Bruxelles, 1883—1886) in seinen Harnuntersuchungen bei Magenkarzinom fand die Menge der Chloride, der Phosphate und des Stickstoffs vermindert; er hält diese Veränderung des Stoffwechsels für etwas den bösartigen Neubildungen Eigentümliches und glaubt, daß man durch die tägliche Harnstoffausscheidung (kleiner als 12 g) einen wertvollen diagnostischen Anhaltspunkt für das Vorhandensein einer bösartigen Neubildung gewinnen kann. Die Nahrungszufuhr und die Stickstoffausscheidung hatte indessen Rommelaire nicht genügend berücksichtigt, ebensowenig auf das Vorhandensein von Oedemen geachtet. Thirier und Kirmisson (Semaine medicale de Paris 1885, 17) kamen zu anderen Resultaten und fanden vermehrte Harnstoffausscheidungen, ebenso wenden sich Robin und Dujardin-Beaumetz gegen die Behauptungen von Rommelaire und weisen darauf hin, daß die Harnstoffausscheidung hauptsächlich von der Nahrung abhänge und deshalb sehr variabel sei.

Aus neuerer Zeit liegen Untersuchungen von Jakoby (Stoffwechsel bei Ikterus; Zeitschr. f. klin. Med., XII) vor, welche an einem Kranken mit Leberkarzinom angestellt wurden. Jakoby fand, daß die Harnstoffausscheidung bei den Krebskranken erheblich höher sei als bei den gesunden Kontrollpersonen. Es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß die Erhöhung des Eiweißumsatzes auf die Einwirkung des Karzinoms, nicht auf den Ikterus zu beziehen sei.

Von größerer Bedeutung für die vorliegende Frage sind die nun folgenden Untersuchungen aus dem Jahre 1889. In der Zeitschr. f. klin. Med., 16. Bd., pag. 496, veröffentlichte Prof. Friedrich Müller seine ausgezeichneten Stoffwechseluntersuchungen bei Krebskrankheiten, welche er bereits auf dem vorhergehenden VIII. Kongreß für innere Medizin in Wiesbaden in Kürze vorgetragen hatte. Diese Abhandlung enthält das wichtige Ergebnis, daß es nicht möglich sei, bei vorgeschrittener Krebskrankheit Stickstoffansatz zu erzielen. Trotz reichlicher Ernährung ist es dem Verfasser nicht gelungen, die Schwelle des Stickstoffgleichgewichtes zu erreichen. Trotz zu-

nehmender Nahrung stieg sie in die Höhe unter einem intensiv gesteigerten Eiweißzerfall. Die Stoffwechselveränderung bei bösartigen Neubildungen ist allerdings mit den Stoffwechselveränderungen im Fieber zu vergleichen. Die klinische Beobachtung zeigte, daß krebskranke Individuen auch bei einer Nahrungszufuhr, die für einen Gesunden zur Erhaltung des Bestandes hinreichen würde, unaufhaltsam in ihrer Ernährung zurückgehen. Man erhält den Eindruck, als ob die Krankheit mitäße und dem Patienten die Nahrung nicht mehr zugute kommen ließe. Hieraus müsse geschlossen werden, daß die Krebskrankheit einen konsumptiven Charakter hat, mit einer unaufhaltsamen Steigerung der Umsatzprodukte. In der Tat hat sich, wie der Verfasser angibt, nachweisen lassen, daß bei Karzinomen der Eiweißzerfall krankhaft gesteigert ist und daß das Stickstoffgleichgewicht sich nicht erreichen läßt, sondern daß dauernder Eiweißverlust fortbesteht. — Diesen verdienstvollen Untersuchungen Fr. Müllers schloß sich die unmittelbar darauf publizierte Arbeit von G. Klemperer*) an. Auch Klemperer kommt in seinen sehr eingehenden, ein weites Thema umfassenden Untersuchungen bezüglich der Krebskrankheit zu demselben Resultat wie Friedrich Müller. Ich erwähne hiezu noch, daß auch F. Kraus in einer späteren Arbeit (Wiener med. Wochenschr., 1893) durch eigene Untersuchungen nachgewiesen hat, wie bei Karzinomkranken der Sauerstoffverbrauch an der Grenze des Normalen ist, und daß auch, ähnlich wie im Fieber, eine Verminderung der Chlorausscheidung eintritt; Alkalität des Blutes und dementsprechend zuweilen Auftreten von Azeton, Azetessigsäure und Buttersäure ließen sich nachweisen. — Zu erwähnen sind ferner noch die Untersuchungen von v. Noorden-Gaertig.**) Auch hier wird die Steigerung des Stoffwechsels angegeben, jedoch nicht in allen Fällen als gleichmäßig nachweisbar befunden. Verfasser fügt hinzu, daß die Abmagerung der Kranken, ebenso wie bei Fiebernden, meist durch chronische Unterernährung und Darniederliegen des Appetits gesteigert ist. Der charakteristische Widerwille gegen Fleisch könne schuld daran sein, ebenso wie die nicht selten eintretenden Hindernisse für die Nahrungsaufnahme (z. B. Karzinom des Oesophagus, des Magens).

Die Resultate aller dieser Untersuchungen waren geeignet, die bei Krebskranken beobachtete Kachexie hinreichend zu erklären. Indessen mußte doch jedenfalls angenommen werden, daß diese wichtigen Stoffwechselveränderungen nicht schon in den Anfängen der Krebskrankheit, d. h. bei noch kleinen Tumoren, zu so bedeutsamen Folgen führen würden, sondern daß erst durch lange Dauer der Erkrankung, durch das Anwachsen, resp. die Vermehrung der Krebstumoren, durch die steigenden Schmerzen und endlich durch den charakteristischen Widerwillen gegen Speisen das Resultat des Hinschwindens und der Kachexie erklärt werden könnte. Auf dem VIII. Kongreß für innere Medizin, am 15. bis 18. April 1890, auf welchem Friedrich Müller seine ausgezeichneten Stoffwechseluntersuchungen bei Karzinomkranken vortrug und die oben schon erwähnten Resultate hervorhob, habe ich selbst in der Diskussion auf die große praktische Bedeutung aufmerksam gemacht, welche den eben berichteten Stoffwechseluntersuchungen von Friedrich Müller und G. Klemperer zukommt. Dieselben, meinte ich, eröffnen zugleich die Möglichkeit einer wirksamen und rationellen inneren Therapie der Karzinome, sie können uns den Weg zeigen, wie wir den Ursachen, welche zur Kachexie führen, und welche die fortschreitende Abmagerung (Inanition) herbeiführen, entgegenarbeiten müßten. Wenn Friedrich Müller nach seinen Untersuchungen angibt, daß es ihm nicht möglich wäre, den fortschreitenden Zerfall aufzuhalten, so könnte doch dieser Schluß als ein nicht ganz genügender erscheinen, sofern die

*) Klemperer: Untersuchungen über Stoffwechsel und Ernährung in Krankheiten. Aus der I. med. Klinik des Geheimrats v. Leyden.

**) Stoffwechselversuche in einem Falle von Oesophaguskarzinom. Dissertation Berlin 1893 und v. Noorden: Pathologie des Stoffwechsels, pag. 450.

vorgetragenen Summen, um welche der Stoffwechsel der Krebskranken gesteigert ist, gegenüber dem normalen nicht so ungeheuer groß waren, als daß es nicht möglich sein könnte, dieselben auszugleichen, namentlich unter Bedingungen, wo im übrigen an den Stoffwechsel des Kranken wenig Ansprüche gestellt werden. Ich bezog mich hiebei auf die Resultate, welche ich und Renvers schon früher bei Patienten mit Striktur des Oesophagus durch Anwendung der Dauerkanülen erzielt hatten, Beobachtungen, welche ich bereits auf dem vorhergehenden Kongreß berührt hatte. Bei einzelnen von diesen Kranken hatten wir eine ganz außerordentliche Zunahme des Körpergewichtes erreicht. Freilich war die Behandlung und Ernährung dieser Patienten eine sehr mühsame und bedurfte der größten Energie sowohl von seiten des Kranken wie des Arztes, jedoch war eine deutliche Zunahme des Körpergewichtes bei diesen wie auch bei anderen Karzinomfällen, auch solchen, welche nicht den Oesophagus betrafen, erreicht.

In neuerer Zeit nun ist die Ernährung der Krebskranken mehrfach in den Schriften über Ernährung besprochen worden. Meistens wurde aber dabei die Unheilbarkeit der Krankheit und damit auch die Unmöglichkeit, einen schließlichen Effekt zu erreichen, hervorgehoben. Anerkannt ist aber auch, daß es nicht absolut unmöglich sein dürfte, den Kräftezustand in den Anfängen der Krankheit zu heben und das Körpergewicht zu erhöhen. Professor F. Riegel hat in dem von mir 1898 herausgegebenen Handbuch der Ernährungstherapie *) sich auch über die Ernährungstherapie beim Karzinom des Magens geäußert. „Den Krebs zu heilen", sagt er, „vermag nur der Chirurg, nicht der innere Mediziner. Die innere Medizin vermag den Kräftezustand vorübergehend zu heben, kann die Beschwerden des Kranken mindern, ja manche selbst völlig beseitigen. Vor allem ist es ihre Aufgabe, die Diät zu regeln." Während nun aber z. B. das Ulcus ventriculi im Interesse der Heilung die Befolgung einer strengen Diätvorschrift verlangt, so liegt die Sache anders beim Karzinom. Das Karzinom bedingt an sich keine bestimmten Diätvorschriften; das Karzinom hat nur die herabgesetzte peptische Kraft des Magensaftes im Gefolge. Man kann im allgemeinen sagen, daß die künstlichen Nahrungsmittel, Pepsine, Albumosen etc. (ebenso Nutrose, Eukain, Protagon u. a. m.) als zweckmäßiger Ersatz der Nahrung in Betracht kommen, daß aber der fortschreitende Prozeß der Karzinome als unheilbare Erkrankung die möglichen Erfolge als illusorisch hinstellt und demnach auch die diätetischen Vorschriften bei dieser Krankheit schließlich als illusorisch erweist. — Auch Professor C. A. Ewald hat in dem genannten Handbuch in dem Artikel über die Ernährungstherapie der Darmkrankheiten (pag. 272) den Darmkrebs besprochen. Die malignen Neubildungen sind für die Ernährung der Kranken bei dieser Form des Krebses nach zweierlei Richtungen unheilvoll: einmal durch die Veränderungen, welche sie im Darm selbst schaffen, und dann durch die Rückwirkung auf den Allgemeinzustand des Kranken. Die Ernährung hat auf Erhaltung der Kräfte abzuzielen und solche Nahrung zu reichen, welche die Darmverdauung wenig in Anspruch nimmt, wenig Kot und keine reizenden Zersetzungsprodukte bildet. Auf solche Weise kann sich die Erkrankung lange hinziehen. Ewald beruft sich auf den Krankheitsfall eines Herrn mit Mastdarmkarzinom, welchen er drei Jahre lang erhalten konnte, und dessen Appetit kaum wesentlich gestört war. — Endlich erwähne ich noch die Arbeiten von I. Boas, welche kürzlich in seinen gesammelten Beiträgen erschienen sind und die dankenswerten Ergebnisse seiner allgemein hochgeschätzten Beobachtungen und Untersuchungen zusammengefaßt haben. Auch hier ist im ganzen die Anschauung vertreten, daß die Resultate der Ernährung bei Karzinomkranken zwar durchaus nicht immer ohne den Erfolg einer Besserung des Ernährungszustandes einhergehen, daß aber naturgemäß keine Heilung des Kreb-

*) **II, I, pag. 230: Ernährungstherapie bei organischen Erkrankungen der Speiseröhre und des Magens.**

ses (Magenkrebs) zustande kommt, höchstens das fortschreitende Werk der Zerstörung aufgehalten wird. Die Ernährungstherapie dieser Fälle hängt von zwei Gesichtspunkten ab, erstens dem Appetit, zweitens dem Sitz des Karzinoms. Wenn der Karzinomkranke appetitlos geworden ist, so bleibt er es auch unter zehn Fällen neunmal; keine Diät, kein Medikament, keine Veränderung der Umgebung und der Luft ist auf die Dauer imstande, das mangelhafte Nahrungsverlangen zu wecken, und damit auch nicht den tödlichen Ausgang aufzuhalten.*)

Neuere wichtige Stoffwechseluntersuchungen sind in dem an die erste medizinische Klinik zu Berlin angegliederten Institut für Krebskranke in größerem Umfange angestellt und publiziert worden. Ich nenne die bemerkenswerten Arbeiten von F. Blumenthal, Braunstein, Bergele, denen sich die Untersuchungen von Prof. Neuberg anschließen. Die Untersuchungen von Blumenthal und Braunstein haben gezeigt, daß einzelne Fälle von Krebs erst ziemlich spät Steigerungen des Stoffwechsels aufweisen und die daher den Organismus in seiner Gesamtheit wenig beeinträchtigen.

Erst wenn solche Krebse zu ulzerieren anfangen, Metastasen machen oder sekundäre Infektionen in ihnen auftreten, dann erst tritt rapide die Krebskachexie ein. In anderen Fällen ist es gelungen, eine bestehende Krebskachexie, worauf ich (von Leyden), wie schon erwähnt, aufmerksam gemacht habe, durch reichliche Ueberernährung auszugleichen. Blumenthal hat sodann in einer vor kurzem erschienenen Monographie**) die Gründe für die Krebskachexie zusammengefaßt und bezieht dieselbe auf vier Ursachen. Erstens auf die behinderte Nahrungsaufnahme, wie wir das bei Karzinomen im Digestivtraktus sehen, zweitens auf sekundäre Infektion, die dann auftritt, wenn der Krebs zu ulzerieren anfängt, drittens auf Störung vitaler Funktion, z. B. Krebs des Pankreas, der Leber, und viertens auf das von ihm und Wolff gefundene in die Zirkulation geratene, Eiweiß spaltende Ferment (heterolytisches, proteolytisches Ferment).*) Das proteolytische Ferment, welches nach Blumenthal in der Krebszelle selbst sich befindet, wird erst frei, wenn diese Zelle zerfällt. Nun pflegt ja im allgemeinen in den Krebsgeschwülsten ein ziemlich reger Stoffwechsel vorhanden zu sein, einhergehend mit Zerfall und Neubildung von Zellen; es gibt aber doch ziemlich derbe abgeschlossene Krebse, in denen dasselbe nicht der Fall ist, wie auch das Beispiel mancher Mammakarzinome beweist. In diesen Fällen kommt es, wie auch die klinische Erfahrung lehrt, erst sehr spät zu einer Krebskachexie.

Es wird daher in einer relativ großen Anzahl von Krebsfällen sich eine sehr wichtige Erscheinung der Krebskrankheit, nämlich die Abmagerung durch Ernährung hintanhalten lassen, und wir werden uns daher die Frage vorzulegen haben, unter welchen Umständen wir mit einer rationell durchgeführten Ernährung dem Kranken sein Leben wesentlich verlängern können. Dabei ist zu berücksichtigen, daß wir durch gute Ernährung auch die Widerstandsfähigkeit der noch gesunden Zellen des Organismus stärken und dadurch der Ausbreitung der Krebszellen Einhalt tun. Auf der anderen Seite hat sich, wie das auch in neuester Zeit von Katzenstein betont worden ist, gezeigt, was sich erreichen läßt, wenn man im Digestivtraktus durch Ausschalten der vom Krebs ergriffenen Teile eine Reizung derselben durch die Nahrungsstoffe vermeidet. Eine gewisse Schwierigkeit liegt für die Ernährung aller Krebskranken in der psychischen Depression, die ja meist eine Verringerung des Appetits hervorruft und ferner in der verringerten Salzsäuresekretion im Magen der meisten Krebskranken. Bial hat in meiner Klinik Untersuchungen hierüber angestellt und erwiesen, daß in sehr vielen Fällen von Karzinom, auch wenn der Magen nicht beteiligt war,

---

*) I. Boas. Gesammelte Beiträge auf dem Gebiete der Physiologie, Pathologie und Therapie der Verdauung. 1906. Bd. 1 u. 2.

**) Die chemischen Vorgänge bei der Krebskrankheit. Wiesbaden 1906. Bei Bergmann.

*) Med. Klinik 1905.



trotzdem eine verringerte Salzsäuresekretion vorhanden war. Die Indikation zur Anregung des Appetits in irgend einer Form wird sich daher von selbst bei der Diätetik der Krebskranken ergeben. Schwieriger ist die Diätetik der malignen Geschwülste bei Erkrankungen des intestinalen Traktus selbst. F. Boas hat betont, daß bei der Ernährungstherapie der Magenkarzinome *) zwei Gesichtspunkte im Vordergrunde des Interesses stehen. Der eine ist das Verhalten des Appetits, und der andere der Sitz des Karzinoms. Es muß einmal klar und scharf ausgesprochen werden, daß der Karzinomatöse, der appetitlos geworden ist, es unter zehn Fällen neunmal bleibt. Keine Diät, keine Medikamente, keine Veränderung der Luft und Umgebung ist für die Dauer imstande, das mangelnde Nahrungsverlangen zu wecken. Der Salzsäuremangel kann übrigens nicht die Ursache des Widerwillens sein, da wir bei der sogenannten Apepsia gastrica in der Regel vollkommen normalem Appetit begegnen. Wir müssen hier als Ursache an Resorption giftiger Stoffwechselprodukte denken.

Ich möchte hiezu bemerken, daß wir in solchen Fällen von hartnäckiger Appetitlosigkeit dennoch nicht selten dies Hindernis mehr oder minder gut überwinden und die Patienten zur freiwililgen Nahrungsaufnahme anregen können.

In diesem Sinne habe ich die schon erwähnten Ernährungsversuche bei Patienten mit karzinomatöser Oesophagusstriktur durchgeführt — wie es mir anfangs erschien, mit erfreulichem Erfolg. Aber ich muß gestehen, daß ich doch bald von dieser diätetischen Behandlungsmethode wieder abgekommen bin. Die Kranken erfreuten sich ihrer Besserung, aber sie mußten, um die Möglichkeit zu haben, die Kanüle gelegentlich aus der Verengerung herausziehen zu können, dieselbe an einem Faden durch den Mund nach außen befestigt halten. Sie gerieten, wenn der Faden zerriß, in die größte Aufregung und Furcht, daß sie nun doch verloren wären, und so haben denn mehrere die im Anfang freudig begrüßte Behandlung aufgegeben und, statt der qualvollen Existenz — den ruhigen Tod abgewartet. Aehnliches wird auch bei anderen Krebsfällen von den oben zitierten Autoren gemeldet. Nur in denjenigen Fällen, wo der Krebs fast stillsteht, wie das z. B. bei manchen Mammatumoren und auch bei dem von Ewald angeführten Mastdarmkarzinom der Fall war, treten die bösen Eigenschaften so erheblich zurück, daß in der Tat das Resultat der besseren Ernährung als ein für Jahre lang (Ewald drei Jahre lang) erfreuliches gelten kann.

Wie steht nun diese Frage heute, wo wir doch einige Aussicht haben, auch auf andere Weise günstig auf Stillstand oder Verkleinerung, eventuell Schwund eines bestehenden Krebses einzuwirken? Ich habe die auf der Heidelberg-Frankfurter Internationalen Krebskonferenz mitgeteilten therapeutischen Versuche mit Heilserum, Trypsin, Röntgen- und Radiumbestrahlung im Sinne. Wenn dieselben bis jetzt auch noch weder zahlreich noch sicher sind, so eröffnen sie doch die Hoffnung auf weitere Erfolge. Hiebei wird aber immer noch in Betracht zu ziehen sein, daß die günstigen Erfolge nur langsam erreicht werden könnten und lange Zeit in Anspruch nehmen würden, so daß das erwünschte Ziel doch auch davon abhängen dürfte, daß das Leben, resp. der Kräftezustand des Patienten erhalten werden kann. Demnach tritt die Aufgabe, Krebskranke sorgfältig zu ernähren, gegenwärtig an unsere Aerzte viel dringender heran als bisher.

In der Tat ist der vor Augen geführte Erfolg viel öfter zu erreichen, als es bisher angenommen ist. Allein dazu gehört eine unerschöpfliche Geduld und Hingebung; Uebung und Verständnis tritt an die Krankenpflege heran. Wie oben bemerkt, geht die Auffassung vieler Autoren dahin, daß die absolute Appetitlosigkeit, resp. Abscheu gegen die Nahrung bei vielen Krebskranken unüberwindlich ist. Diese Ansicht kann ich nicht teilen, ich halte sie für einen verhängnisvollen Irrtum. Die Appetitlosigkeit, resp. der Widerwille ge-

*) Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. Herausgegeben von E. v. Leyden. 2. Auflage, herausgegeben von Georg Klemperer, Leipzig, Georg Thieme. 1904.

gen die Nahrung entspringt wesentlich aus der absoluten Unlust zum Essen und diese basiert auf dem Gefühl des hoffnungslosen Zustandes von Seiten des Patienten. Er ist deprimiert, er sieht den Tod vor Augen und in dieser trostlosen Stimmung kommt ein Bedürfnis nach Nahrung nicht auf, die Nahrung wird refusiert. Dazu kommt noch die allgemeine große Schwäche; der Patient kann nur mit Anstrengung kauen und schlucken. Alles ist ihm zuwider. Er fürchtet das Essen. Dies geht nicht selten soweit, daß er alles ausbricht. Wenn wirklich Nahrung in den Magen kommt, so fühlt der Patient Aufblähung und Druck im Magen und er refusiert alles, umsomehr, wenn die Pflege immer mehr erlahmt und von jedem ernsteren Zureden Abstand nimmt.

Der Zustand des Magens entspricht sehr oft nicht dieser Abneigung, der Magen ist nicht direkt beteiligt, er sezerniert Magensaft und doch mag der Patient nichts essen. Ja, auch wenn im Magen selbst ein Karzinom sich befindet, bleibt im Anfang noch Appetit bestehen und er erlischt erst allmählich.

Diese Nahrungsverringerung ist sachlich unbegründet, sie ist, wenn auch nur langsam und mit großer Geduld, zu überwinden. Man ermutige den Kranken, so lange es eben angeht, man mache ihm Hoffnung auf Besserung und Genesung, man füttere ihn vorsichtig und doch konsequent, wie ein Kind, man sage ihm, daß auch ein Kranker, wenn er nichts ißt, verhungern müsse.

Dankbarer und größer dürften die Erfolge der Ernährung sein, wenn die therapeutischen Mittel und Methoden, welche heute schon verwendet werden, die Hoffnung auf Heilung aufkommen lassen. Dann wird der Erfolg der richtigen sorgfältigen Ernährungstherapien zutage treten. Wenn sie auch lange Zeit in Anspruch nehmen und nur einen langsamen Erfolg erhoffen lassen, so wird es doch darauf ankommen, die Kräfte des Patienten zu mehren, den gefahrvollen Verfall zu verhüten und mit Beharrlichkeit nach dem erstrebten Ziel hinzuwirken.

Es sei noch hinzugefügt, daß diese Therapie, vor allem die Ernährungstherapie, von einer geschickten psychischen Therapie begleitet sein müsse, derart, daß dem Kranken der Strahl der Hoffnung leuchte und ihn selbst zur Ueberwindung aller seiner Uebel und Schmerzen ermuntern und beleben möge. —

Zum Schlusse füge ich noch zwei meiner Krankengeschichten hinzu.

Krankengeschichten.

1. Frau K., 64 Jahre alt, wurde am 10. April 1905 auf die I. med. Klinik aufgenommen.

Anamnese: Seit ihrem 40. Jahre klagte sie beständig über Magenbeschwerden. Vor 10 Jahren Blutbrechen (Ulcus ventriculi). Ein Jahr später wiederholte sich das Blutbrechen, seither fast jährlich, bis vor einem Jahre. Sie wurde in verschiedenen Krankenhäusern behandelt. Man sagte ihr schließlich, sie müsse sich operieren lassen. Patientin ging deshalb in die chirurgische Klinik und wurde operiert, nachdem die Röntgen-Untersuchung zur Diagnose eines Sanduhrmagens geführt hatte. Indessen bei der Operation stellte sich heraus, daß der Magen frei war, daß hingegen ein Tumor aus der Tiefe vom Pankreas her auf den Magen überzugreifen schien. An eine Exstirpation des Tumors mit Magenresektion war nicht zu denken, da die Aorta fest mit dem Tumor verwachsen und nach links herübergezogen war. Dieser Tumor erwies sich als nicht operabel, weshalb von einer Operation Abstand genommen wurde. Da Patientin aber immer schwächer wurde, begab sie sich auf die I. medizinische Klinik.

Status: Mittelgroße Patientin in schlechtem Ernährungszustande, stark abgemagert. Die Hautfarbe ist blaß, die sichtbaren Schleimhäute anämisch, Konjunktiva schwach ikterisch. Vom Processus xyphoideus erstreckt sich eine 10 cm lange Narbe an der Linea alba entlang, Oedeme, Exantheme etc. sind nicht vorhanden, sonstige Organe gesund. Die Magenuntersuchung ergibt keine freie Salzsäure, keine Milchsäure.

Patientin erhält vom 27. Jänner bis 5. Februar Jodnatrium. Am 7. Februar wird mit Injektion von Karzinomserum

begonnen, und zwar 1 cm³ Karzinomserum, am 10. Februar 4 cm³ Karzinomserum, am 13. 5 cm³, am 16. 6 cm³; am 18. zeigt sich an der Injektionsstelle eine starke Infiltration, welche aber bis zum 22. wieder verschwunden ist. Am 25. Februar 7 cm³ Karzinomserum; am Tage nach der Injektion Schwäche. — An diese Therapie schloß sich eine sorgfältige sachgemäße Ernährung an.

Am 23. Februar wird Patientin zum erstenmale gewogen, sie wiegt 99 Pfund. Am 5. März ergibt eine Blutuntersuchung $3^1/_2$ Millionen rote Blutkörperchen, 60% Hämoglobin. Am 6. März Gewicht 100 Pfund, am 12. März Hämoglobingehalt 80%, am 14. März 6 cm³ Karzinomserum. Vom 15. März bis 19. täglich 1 cm³ Karzinomserum. Vom 20. März bis 22. März täglich 2 cm³, vom 23. bis 26. 3 cm³. Vom 27. März bis 3. April hat sich das Gewicht bis zu 105 Pfund erhoben. Gewicht am 14. April 108 Pfund. Die Klagen der Patientin bestehen in Schwäche auf den Füßen und Husten. Die wiederholte Untersuchung der Lungen ergibt nichts weiter als leichte katarrhalische Erscheinungen.

Am 5. Mai Injektion 1 cm³ Karzinomserum, am 7. Mai 1 cm³, 10. Mai 1 cm³. Gewicht am 18. Mai 109 Pfund. Am 20. Mai 2 cm³ Karzinomserum, Gewicht am 25. Mai 110 Pfund, am 31. Mai 112 Pfund, am 6. Juni 113 Pfund. Die Füße zeigen eine geringe Anschwellung, so daß Patientin nicht ordentlich gehen kann. Das Oedem nimmt zu bis zum 22. Juni. Körpergewicht 120 Pfund. (Steigerung durch das Oedem.) Auf Darreichung von Diuretin gehen die Oedeme alsbald weg; am 28. sind dieselben vollständig verschwunden.

Am 11. Juli beträgt das Körpergewicht 122 Pfund. — Patientin hat also seit ihrem Aufenthalt, im Jänner, bis jetzt 23 Pfund zugenommen. Patientin fühlt sich zwar noch schwach, ist aber gegen früher viel kräftiger und von relativ gutem Aussehen. Ein Tumor ist nicht zu fühlen. Patientin verläßt das Spital, um sich zur weiteren Erholung zu ihren Angehörigen aufs Land zu begeben. —

2. Frau Herder, Restaurateursfrau, 54 Jahre alt, aufgenommen (zum erstenmal) am 8. Juni 1906.

Diagnose: Carcinoma ventriculi.

Anamnese: Ein Bruder im Alter von 42 Jahren an Magenkrankheit gestorben; ein Sohn (20 Jahre alt) leidet an Krämpfen.

Aeußere Verhältnisse: Patientin hatte ein leidliches Auskommen.

Frühere Krankheiten: Masern und Pocken als Kind; mit 15 Jahren Cholera; mit 22 Jahren schwere Diphtherie; 1892 Wanderniere (im jüdischen Krankenhause operiert); Partus: 3, Abort: 1, Potus: 0, Infectio: 0, Menopause seit 1900.

Jetzige Krankheit: Patientin klagt seit drei Monaten über Schmerzen im Epigastricum und Appetitlosigkeit, zeitweises Erbrechen sowie relativ starke Abmagerung.

Status praesens: Frau von mittlerer Größe, mittelkräftiger Muskulatur und mäßigem Fettpolster. Haut im ganzen blaß, Lippen und Wangen schwach gerötet, Exantheme, Oedeme, Drüsen fehlen, Operatonsnarbe in der linken Lumbalgegend (Nephropexie!).

Zunge: ohne Belag.

Lungen und Herz: ohne Besonderheit.

Urin: Eiweiß und Zucker fehlen.

Abdomen: Links von der Mittellinie im Epigastricum ist ein Tumor fühlbar, der sich bis unter das linke Hypochondrium verfolgen läßt und auf Druck schmerzhaft ist. Deutliche Pulsation der Aorta abdominalis. Bei jeder Inspiration bewegt sich der Tumor (mit dem Magen) nach unten.

11. Juni: Probefrühstück: Gesamtazidität 26; freie Salzsäure —; Milchsäure —.

14. Juni: Röntgen-Durchleuchtung und Photographie (mit Wismutaufschwemmung): Oberhalb des Nabels, 5 cm von diesem nach links, zeigt sich ein zirka zwei Markstück großer Wismutschatten, von dem aus ein feiner Wismutstreifen inselförmig bis zum Fundus reicht, der zirka 2 cm unterhalb des Nabels liegt.

Ordiniert: Gemischte Kost, leicht verdaulich, Milch 1/2—1 Liter pro Tag. Lactalbumin und Trypsin.

26. Juni: Beginn der Seruminjektionen, zuerst 1 cm³, dann 2 und 3 cm³, im ganzen 24 cm³ bis 28. Juli.

30. Juni: 4 Pfund Gewichtszunahme.

28. Juli: im ganzen 6 Pfund Gewichtszunahme.

Patientin wird auf Wunsch gebessert entlassen.

Wiederaufnahme: 15. September 1906.

Da Patientin zuhause wieder große Schmerzen bekam, an Gewicht abgenommen hatte und sehr schlechten Appetit, zeitweise wiederholtes Erbrechen hatte, suchte sie wieder die Charité auf. — Patientin sieht blaß aus.

Sie klagt über Schmerzen im Leibe. Appetitlosigkeit.

Status: Der Tumor am Magen ist größer geworden, nach dem Nabel zu. Sonst wie früher.

15. September ordiniert: Seruminjektionen in zweitägigen Intervallen à 2 cm³, im ganzen bis 6. November 1906 36 cm³.

11. Oktober: Gewicht 110 Pfund.

15. Oktober: Gewicht 108 Pfund. (Appetitlosigkeit.)

Systematische Ernährungstherapie.

Ferner:

Vin. pepsin.	50·0
Tct. chin. comp.	15·0
Acid. muriat.	1·0
Sir. menth. piper.	15·0
Aq. dest. ad	180·0

25. Oktober: Gewicht 111 Pfund (+ 3 Pfund).

28. Oktober: Gewicht 112 Pfund.

1. November: Im allgemeinen gutes Wohlbefinden. Patientin steht täglich auf. Bauchdecken schlaff, Tumor ohne Natrium bicarb. nicht palpabel. Puls und Temperatur ohne Besonderheit. Appetitlosigkeit, geringe Nahrungsaufnahme, Seruminjektionen ausgesetzt.

6. November: Gewicht 106 Pfund.

Patientin wird nach Stat. 19 verlegt.

Patientin klagt über Schmerzen in abdomine, die jedoch unter dem regelmäßigen Gebrauch von Infus. fol. Sennae und durch geregelte Diät (siehe unten) nach etwa 8 Tagen dauernd verschwunden sind.

Status: wie oben.

6. November 1906: Gewicht 108 Pfund (Wage Stat. 19).

Abdomen: Links von der Mittellinie im Epigastrium ist eine Resistenz, nicht ganz zirkumskript, fühlbar, die sich unter das linke Hypochondrium verfolgen läßt und auf Druck schmerzhaft ist.

15. November: Gewicht 108 Pfund (+ 0 Pfund).

22. November: Gewicht 111 3/4 Pfund (+ 3 3/4 Pfund).

Diät (ziemlich gleichmäßig):

Gebäck: 2 Hörnchen, 2 Schrippen.

Milch: 1 l, 1/4 l Sahne.

Purée: 300 g.

Eier: 4.

Suppe: 1/2 l Brühsuppe, 1/2 l Milchsuppe.

Wein: 1/7 l.

Butter: 40 g.

Obst: 1/4 l Apfelmus.

29. November: 113 Pfund (+ 1 Pfund).

7. Dezember: 114 Pfund (+ 1 Pfund).

9. Dezember: 115 Pfund (+ 1 1/2 Pfund).

Der Tumor unter dem linken Rippenrande ist kleiner als vordem.

Im Epigastrium ist nur noch eine undeutliche Resistenz fühlbar.

11. Dezember: Patientin wird wesentlich gebessert (geheilt?) entlassen.

13. Dezember: Röntgen-Aufnahme mit Wismutaufschwemmung (100 g).

Kurze Zeit nach Aufnahme des Wismutbreies sieht man den Wismutschatten bis zum Nabel reichend, nur auf der linken Seite liegend (senkrechter Magen und etwas Gastroptose); dem oberen Ende des großen Schattens folgt eine helle Stelle, dreieckig, auf der wiederum ein etwa fünfmarkstückgroßer Schatten kappenförmig aufsitzt.

Bei der zweiten Durchleuchtung etwa 15 Minuten später ist dieser obere Schatten verschwunden. Jetzt ist auch der Pylorus sichtbar, der noch links vom Nabel liegt.

Der kappenförmige Schatten soll (nach Prof. Grumnachs Gutachten) von Milz oder Niere herrühren.

Die Bedeutung des Radium als Heilmittel.

Von Prof. **Eduard Schiff,** Wien.

Die Literatur über die therapeutische Anwendung des Radiums wächst von Tag zu Tag und verdient auch vom Standpunkte des praktischen Arztes eine besondere Berücksichtigung. Der Apparat, welchen diese Therapie erfordert, ist so einfach, die Technik so selbstverständlich, daß die Radiumkapsel in das Armamentarium jedes Praktikers aufgenommen werden müßte, wenn die Beschaffung des Heilmittels leichter wäre. Es darf die Hoffnung ausgesprochen werden, daß der Zeitpunkt nicht allzufern ist, in welchem Radium zugänglicher sein wird, so daß das Studium desselben sowie seiner Heilwirkung greifbarere Resultate liefern wird. Schwieriger ist die Indikationsstellung und die Dosierung des neuen Heilmittels; deshalb sind einige Mitteilungen über Wesen und Wirkungsweise des Radiums wohl am Platze.

Nachdem der Engländer Crookes und der Deutsche Lenhard die Kathodenstrahlen entdeckt hatten, war die Entdeckung der Röntgen-Strahlen im Jahre 1895 der Fortschritt, welcher für die medizinische Verwertung der neuen Srahlen den sicheren Weg bahnte. Kathodenstrahlen erzeugen, wenn sie auf einen festen Körper auffallen, die neue Strahlengattung, die Röntgen-Strahlen. Beim Studium der Erscheinungen der Phosphoreszenz fand der Franzose Becquerel, daß die Uransalze die Eigentümlichkeit der Phosphoreszenz in besonders hohem Grade besitzen. Phosphoreszenz ist bekanntlich die Eigenschaft gewisser Körper, nach vorhergehender Belichtung durch einige Zeit im Dunklen weiter zu leuchten. Das Uransalz Urankaliumsulfat, mit welchem Becquerel seine Versuche ausführte, zeichnet sich vor anderen phosphoreszierenden Körpern dadurch aus, daß es nicht erst belichtet werden muß, um Fluoreszenzerscheinungen darzubieten.

Das Uransalz ist auch imstande, Wirkungen hervorzurufen, welche jenen der Röntgen-Strahlen sehr verwandt sind. Die Eigenschaften des Urans und seiner Salze:

primär Fluoreszenzerscheinungen zu zeigen,
die photographische Platte zu schwärzen,
bestimmte Vorgänge an der lebenden Zelle hervorzurufen,

bezeichnet man mit dem Ausdrucke: Radioaktivität. Das Ehepaar Curie in Paris hat aus den Uranpecherzen in Joachimsthal das neue Element Radium gewonnen. Dieses, bisher nur als Salz dargestellt, besitzt alle Eigenschaften der Uransalze und außerdem die Eigenschaft, die Luft zu ionisieren, d. h. elektrisch leitend zu machen; dieses Moment wird dazu verwendet, die Energie des Radiummoleküls zu messen.

Da die Radiumstrahlen so wichtige Eigenschaften mit den Röntgen-Strahlen gemeinsam haben, war aprioristisch anzunehmen, daß sie dieselben physiologischen und demnach auch therapeutischen Wirkungen entfalten würden wie jene. Diese Voraussetzung erwies sich als richtig. Radiumsalz erzeugt heftige Entzündungen an dem Hautorgan und diese Entzündungen wirken, auf pathologische Gewebe appliziert, zerstörend und demnach heilend. Die Menge des verfügbaren Radiums ist vorläufig sehr gering; auf der ganzen Erde sind derzeit kaum einige Gramme für therapeutische Zwecke zu haben. Da Radium in sogenannten Radiumdosen in minimalen Mengen verwendet wird, hat es sich trotz seiner Seltenheit bereits therapeutisch bewährt. Man darf hoffen, daß Radium bei entsprechender Vorsicht in der Dosierung einen ähnlichen Heilfaktor bilden werde, wie die Röntgen-Strahlen.

Die Anwendungsweise des Radiums ist sehr einfach. Einige Milligramm Radiumchlorid oder -Bromid werden in einer mit einer Glimmerplatte versehenen Hartgummikapsel auf die erkrankte Stelle appliziert. Die Energie des Präparats steht in geradem Verhältnis zu seiner Reinheit. Vor der Verwendung der Radiumkapsel ist es unbedingt notwendig, die Energie des Präparats in einem physikalischen Institute prüfen zu lassen. Die gefundene

Energiemenge gibt den Anhaltspunkt für die Dosierung, welche teils darin besteht, daß man das Präparat näher oder weiter von der zu behandelnden Körperstelle appliziert, teils darin, daß man das Radium längere oder kürzere Zeit einwirken läßt.

Es ist nicht zu leugnen, daß beide Methoden der Dosierung, trotzdem sie den Anforderungen der Praxis im allgemeinen genügen, ziemlich primitiv und ungenau sind.

Einige Daten aus der reichen Radiumliteratur der letzten zwei Jahre will ich der kurzen Mitteilung meiner Erfahrungen vorausschicken.

A. Exner (Deutsche Zeitschr. für Chir., Bd. 25) berichtet über Dauerresultate nach Radiumbehandlung von Karzinomen. Er sah einen Fall von ausgedehntem Karzinom der Wangenschleimhaut, an der Grenze der Operabilität stehend, der nach Auskratzung und folgender Radiumbehandlung ein Jahr nach Beginn der Behandlung noch geheilt war. Ein kleines Hautkarzinom des Gesichtes war ein Jahr nach der Behandlung ebenfalls rezidivfrei.

Einhorn (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 44 A, 1905) hat einen Radiumbehälter für stenosierende Oesophaguskrebse konstruiert, den er eine halbe bis eine ganze Stunde an der Stelle der Striktur liegen läßt. Er konstatierte bei den meisten Patienten Nachlassen der Schmerzen und Zurückgehen der Dysphagie. Der Krankheitsherd soll im günstigen Sinne beeinflußt werden und „in gewissen Schranken“ unter dem Einflusse der Radiumstrahlen bleiben.

Raymond (Ref. Wien. med. Wochenschr. Nr. 3, 1905) sah in einem Falle von Fazialislähmung Heilung binnen 24 Stunden.

Rehns und Salmon (Ref. Wien. med. Wochenschr. Nr. 9, 1905) fanden, daß die Applikation einer mit 0·02—0·05 g Radiumbromid gefüllten Tube auf benigne Geschwülste: Warzen, Molluskum etc., ein Abfallen der Geschwulst zur Folge hatte.

Eine Radiumverbrennung, die mich selbst betraf, demonstrierte ich in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 24. Februar 1905 (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 18, 1905). Ich habe experimenti causa die Radiumkapsel sechs Stunden lang auf meinem linken Vorderarme liegen lassen. Drei Tage nach der Applikation war die betreffende Hautstelle gerötet, später wurde sie zyanotisch, es bildete sich ein Substanzverlust, das Gewebe zerfiel nekrotisch, der Heilungsprozeß war sehr träge, mit heftigen Schmerzen verbunden und es vergingen mehrere Monate bis zur vollständigen restitutio ad integrum.

Ich habe dieses Experiment nur mitgeteilt, weil es mir Gelegenheit gegeben hat, die energische Wirkung des Radiums auf die normale Haut exakt zu beobachten.

Mackenzie und Davidson (Brit. med. journ., 1904, pag. 181) hatten günstige Resultate bei verruköser Hauttuberkulose, bei Ulcus rodens, bei maligner Degeneration eines Muttermals erzielt. Sie warnen vor zu lange dauernder Applikation, welche erysipelartige Entzündungen an der Haut erzeugen könnte.

Gerald Sichel (daselbst) hat einen Fall von Ulcus rodens der Wange mit gutem Erfolge behandelt.

Cohn (med. Sektion der Schles. Gesellsch. f. vaterl. Kultur, 10. Febr. 1905) hat die Radiumtherapie des Trachoms inauguriert.

Darier (La clinique ophth., XI, 14) heilte ein Epitheliom des Gesichtes.

Esdra (Soc. Laurisiana Roma, 24. März 1905) heilte einen Fall von Endothelioma cutis des linken Augenwinkels.

Davidson (Ophthalm. Sos., 3. Mai 1906; Ref. Wien. med. Wochenschr. Nr. 38, 1906) heilte 14 Fälle von Ulcus rodens in der Gegend des Tränensackes in 1—12 Sitzungen von je halbstündiger Dauer.

Ondin und Verchère (Acad. des scienc., 2. Juli 1906; Ref. Wien. med. Wochenschr. Nr. 38, 1907) beobachteten, daß Metrorrhagien infolge von Fibromen auf Radium sistierten (Einführung einer mit Radium versehenen Röhre in den Uterus).

Diese flüchtigen Daten mögen das große Gebiet der Radiumtherapie illustrieren. Hauptsächlich verdienen die Versuche

unser Interesse, maligne Tumoren innerer Organe, z. B. der Mund-, Rachenhöhle, des Kehlkopfes, des Oesophagus, des Mastdarmes, der Blase, der Sexualorgane, dem Radium in der Weise auszusetzen, daß durch geeignete Vorrichtungen das Radium mit dem Krankheitsherde in Kontakt gebracht wird.

Folgende Affektionen der Haut wurden bisher mit Erfolg der Behandlung mit Radiumstrahlen unterzogen: 1. Lupus, 2. Epitheliome, 3. maligne Tumoren (letztere mit wechselndem Erfolge).

Aus meinen Erfahrungen, betreffend die Radiumbehandlung des Lupus vulgaris und des Epithelioms, mögen folgende markante Fälle Erwähnung finden:

Anna St., 74 Jahre alt, Epithelioma in ala sin. nasi. Behandlungsdauer: Februar bis April 1905; in Summa 10 Stunden. Ideale Heilung in pathologisch- anatomischer und in kosmetischer Beziehung.

Adolfine N., 70 Jahre alt, Epithelioma nasi. Behandlungsdauer: November 1905 bis Februar 1906; in Summa 9 Stunden. Ideale Heilung.

Marie G., 74 Jahre alt, Epitheliom an der rechten Schläfe. Ueber kronengroßer, exulzerierter, speckig-belegter Substanzverlust mit derben, überhängenden, wallartig verdickten Rändern. Behandlungsdauer: März bis Mai 1905; in Summa 9½ Stunden. Ideale Heilung.

Ueber die Radiumbehandlung des Lupus vulgaris kann vorläufig kein abschließendes Urteil gegeben werden.

Ferner wurde ein Fall von Angiom des Gesichtes sehr gebessert.

Die Dauer der Bestrahlung wechselt von wenigen Minuten bis zu einer Stunde. Die Dauer und die Zahl der Sitzungen hängt von der erzielten Wirkung, respektive von den Nebenerscheinungen, der Reaktion, ab. Die Strahlen erzeugen eine reaktive Entzündung, welche zur Zerstörung pathologischer oder normaler Gewebe führt. Da verschiedene Individuen ganz verschieden reagieren, muß auch bei der Anwendung der Radiumkapsel äußerste Vorsicht dringendst empfohlen werden.

Von der Radioaktivität der Mineralwässer und Thermen war in letzter Zeit viel die Rede. Eine der vielen merkwürdigen Eigenschaften des Radiums dürfte therapeutisch noch besonders wertvoll werden: es überträgt die Radioaktivität auf andere Medien. „Emanationswatte", „Emanationswässer", „Emanationssalben" dürften in der Pharmakopöe der Zukunft eine Rolle spielen.

Wie man aus dieser Skizze ersieht, erweitert sich das therapeutische Feld des neuen Heilmittels von Tag zu Tag und diese kurzen Bemerkungen sollen nur einen Hinweis auf die Bedeutung desselben liefern.

REFERATE.

Innere Medizin.

Morbus Basedowii. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. **Injektion von Jod und Ergotin in die Schilddrüse zur Behandlung des Basedow.** Von Fr. Cenci.
2. **Pathologie und Therapie des Morbus Basedowii.** Von I. Jacob, Kudowa.
3. **Thyreoidinbehandlung der Basedowschen Krankheit.** Von G. Baglioni.
4. **Der Exophthalmus bei der Basedowschen Krankheit.** Von Lad. Haškovec.

1. Die Behandlung des Basedow mit Jodeinspritzungen in die Schilddrüse wurde erstmals von Allessandri 1900 vorgenommen. Der hiebei erzielte günstige Erfolg ermutigte Cenci zur Anwendung der Methode in zwei Fällen. Das Jod wurde in Form einer gesättigten alkoholischen Lösung mit 30% Wasser injiziert. Bei der ersten Kranken wurden zuerst drei Tage lang je 1 cm³ injiziert; da eine Verschlechterung eintrat, wurde eine Pause von 25 Tagen gemacht, und dann nur alle drei Tage, im ganzen zwölfmal, injiziert. Eine wesentliche Besserung

trat ein, die jedoch keine Fortschritte machte, als versuchsweise die Jodlösung subkutan am Bein injiziert wurde. Die Wiederaufnahme der intraglandulären Injektionen, zweimal wöchentlich, führte binnen $2^1/_2$ Monaten zum völligen Verschwinden der Symptome. Nach vier Monaten trat ein leichter Rückfall ein, der durch intraglanduläre Injektionen einer 10%igen Ergotinlösung, ein über den andern Tag 1 cm³, binnen einem Monat beseitigt wurde und seit $2^1/_2$ Jahren nicht wiederkam. In dem zweiten Falle wurde vorsichtigerweise mit $^1/_3$ cm³ der Jodlösung begonnen und bis $2^1/_2$ cm³ gestiegen; nach 25 Tagen bereits Besserung. Angeschlossen wurden dann nach einer Pause 20 Ergotininjektionen (alle 5—6 Tage); nach einer weiteren Pause, die durch heftige Schmerzen und gelegentliches Fieber mit Schüttelfrost veranlaßt wurde, wurden noch 7—8 Jodinjektionen gemacht; es wurde völlige definitive Heilung erzielt. Vf. hält das Verfahren auch theoretisch für wichtig, weil es Fingerzeige für die Pathogenese der Krankheit gibt. Es spricht die Wirkungslosigkeit der subkutanen Injektionen gegen eine zentrale oder im Blut gelegene Ursache, es spricht die Wirksamkeit des vasodilatatorischen Jods gegen den Sympathikus als Ursache; vielmehr macht die günstige Wirkung der intraglandulären Injektionen einen primären Sitz der Krankheit in der Schilddrüse wahrscheinlich. — (Gazz. degli osped., 9. August 1906.)

2. Nach einer Betrachtung der gegenwärtigen Ansichten über die Pathogenese des Basedow wirft J a c o b die Frage auf, was für Folgerungen wir aus ihnen für die Therapie ziehen können. Nach gewissen Erfahrungen liegt die Möglichkeit vor, daß ein für den Lebensprozeß weniger eingreifendes, sogenanntes normales Jodthyreoidin dem heftigeren jodreicheren Präparat entgegenwirken und eine Art Immunisierung selbst in ausgebildeten hochgradigen Krankheitsfällen bewirken könnte. Am besten wird man jedoch von dem Jodthyreoidin als gefährlichem therapeutischen Stoff trotz erzielter Erfolge ganz absehen. Dagegen ist es ratsam, die jodfreie Schilddrüse, was bisher noch nicht geschehen ist, dem gefährlichen Jodglobulin zur Abschwächung anzubieten. — Was die Jodtherapie anlangt, so spricht die Erfahrung dafür, daß dem gewöhnlichen Kropf das Jod sehr heilsam, dem Basedow aber sehr unheilvoll werden kann. Indes können vorsichtig fortschreitende Versuche mit (künstlich in der Retorte) jodiertem Thyreoglobulin in der Klinik gemacht werden. Vf. sah eine Kropfpatientin mit Basedow, die bei Einnahme von dreimal täglich 15 Tropfen Jodtinktur nach vier Wochen Kropf wie Basedow verloren hatte.

Mit den verschiedenen thyreopriven Präparaten sind zweifellos Erfolge erzielt worden, doch haben manche Autoren von ihnen nur Resultate gesehen, wie sie auch bei anderen Mitteln eintraten. Dabei ist daran zu denken, daß Basedowkranke der Suggestion sehr zugänglich sind und Besserung schon zeigen, wenn sie sehen, daß überhaupt etwas mit ihnen gemacht wird. — Die partielle Strumektomie ist trotz einzelner Erfolge mit ihren Gefahren nur ein Notbehelf in gefahrdrohender Lage. Die Thymusbehandlung inoperabler Fälle ist trotz der in der Thymus gefundenen geringen Jodmengen nur als ein unschädlicher therapeutischer Versuch zu betrachten.

J a c o b hat noch keine Veranlassung gehabt, von den theoretisch konstruierten chemischen Mitteln Gebrauch zu machen. Mit wenigen Ausnahmen sind die reisefähigen Kranken durch Kalt- und Mineralwässerbäder, reichliches Trinken des eisenarsenhaltigen Kudowaer Wassers oder zu Hause, der Billigkeit halber, anderer Arseneisenquellen, welche mit kohlensaurem Wasser so weit verdünnt wurden, daß das erhöhte Durstbedürfnis gedeckt wurde, von den wesentlichen Symptomen der Krankheit befreit und wieder arbeits- bezw. genußfähig geworden. Auch für schwer fiebernde Fälle rät Vf. zu energischer Hydrotherapie; sollte hohes Fieber nicht bald weichen, so tritt die Thyreoidektomie in ihr Recht, ebenso bei Trachealstenose. Sehr wirksam sind kohlensaure Bäder bei Herzinsuffizienz; das Eisen hat sich im Verein mit kohlensaurem Wasser nicht nur nicht als nachteilig erwiesen (wie

Möbius meint), sondern in einigen Fällen bei Kombination mit Anämie oder Chlorose direkt nützlich gewirkt.

Die Wasserkur gilt nur für manifeste Fälle; sobald der Basedow in seinen Hauptsymptomen latent verläuft, speziell kein Durst mehr vorhanden ist, ist das viele Trinken überflüssig. Die von Alt aufgestellten Prinzipien für die Behandlung des Basedow (Trockendiät, chlorarme Kost, Prüfung der Toleranz für Kohlehydrate) hält Vf. für überflüssig, warnt sogar bei leicht fiebernden Kranken vor ihrer Anwendung. Bei solchen Kranken ist bestehende Herzinsuffizienz eine Folge des Fiebers und weicht mit seiner Beseitigung. Darum ist auch das Chinin ein vortreffliches Mittel, zumal es den Stoffwechsel herabsetzt. Vielleicht ist es das Arsen aus demselben Grunde, oder weil es eine besondere Verwandtschaft zur Thyreoidea hat, sich dort ablagert und vielleicht das gefährliche Jod verdrängt. Auch das Brom verdrängt vielleicht das Jod; jedenfalls ist es gegen nervöse Erregung recht nützlich. Ruhe ist beim Basedow indiziert; doch kann man hier auch zu weit gehen; jedenfalls ist die Einpackung in warmen Betten umso schädlicher für einen Kranken, der doch infolge der Stoffwechselsteigerung als Fiebernder zu betrachten ist. — (Therap. Monatsh., Juli 1906.)

3. Vom Standpunkt der herrschenden Lehre über die Pathogenese der Basedowschen Krankheit ist die Thyreoidinbehandlung derselben kein rationelles Verfahren; wenn eine Hyperfunktion der Schiddrüse angenommen wird, so ist nicht einzusehen, wie die Mehrzufuhr des wirksamen Prinzips nützlich sein soll. Und dennoch hat man vielfach diesen Weg zu therapeutischen Zwecken eingeschlagen und teilweise sogar Erfolge erzielt. So berichtet auch Baglioni über zwei Fälle, zwei Schwestern, mit ausgeprägtem schweren Basedow, bei denen unter Schilddrüsenbehandlung fortschreitende Besserung, ja Heilung erzielt wurde. Eine Erklärung der Tatsachen ist schwer, und zahlreiche Versuche einer solchen sind von den verschiedenen Beobachtern unternommen worden; unter anderem wollte man als Ursache des Basedow eine Dysthyreosis statt einer Hyperthyreosis, also nur eine fehlerhafte, keine vermehrte Tätigkeit annehmen; wieder andere wollen die Beziehungen zur Hypophysis oder zu den Nebenschilddrüsen zur Erklärung heranziehen. Es bleiben dies aber alles so lange nutzlose Versuche, als wir noch nicht ganz sicher wissen, wie die Basedowsche Krankheit entsteht, und so lange müssen wir uns mit der Feststellung der Tatsache begnügen, daß es zweifellos Fälle von Basedow gibt, auf die Schilddrüsendarreichung einen wohltätigen Einfluß hat. — (Gazz. degli osped., 5. August 1906.)

4. Eine Uebersicht über die zur Erklärung des Basedowschen Exophthalmus aufgestellten Theorien ergibt, daß die Mehrzahl der Autoren das Hauptgewicht auf Anomalien der Blutzirkulation gelegt hat. Letztere spielen ja überhaupt in der Symptomatologie der Krankheit eine große Rolle. Neben der Tachykardie kommt da der mächtige Herzstoß in Betracht, der besonders in Fällen mit Exophthalmus verzeichnet wird, die Herzveränderungen, die starke Pulsation der erweiterten Karotiden etc. Sämtliche Gefäße des Kopfes sind dilatiert, man beobachtet Kongestionen zum Kopf, Epistaxis etc. Auf eine Beteiligung des Zirkulationsapparats deuten weiter die Schweiße, die Oedeme, die Gelenkexsudate etc.; von Wichtigkeit ist auch, zu wissen, daß man in manchen Fällen den Bulbus zurückdrücken kann und daß der Grad des Exophthalmus entsprechend dem der Tachykardie variiert. Pathologisch-anatomisch findet man kongestive Erscheinungen am Zentralnervensystem. Ueber den Blutdruck sind in der Literatur nur spärliche Angaben vorhanden, und diese stimmen unter sich nicht überein. Vf. hat Gelegenheit gehabt, 8 Fälle von Basedow auf ihren Blutdruck zu untersuchen; aus diesen wie aus einem Ueberblick über die Literatur ergibt sich, daß bei vorhandenem Exophthalmus meist ein hoher, selten ein auffallend niederer Blutdruck vorhanden ist; in Fällen ohne Exophthalmus ist der Blutdruck normal oder leicht erhöht.

An der Entstehung des Exophthalmus

kann sich beteiligen: 1. eine Erschlaffung der den Bulbus fixierenden Muskeln, 2. eine Kontraktion der Tenonschen Kapsel; beide Faktoren kommen nicht oder fast nicht in Betracht; 3. ein mechanischer Druck auf den Bulbus, und zwar a) durch Wucherung des retrobulbären Gewebes; dies ist höchstens gelegentlich ein unterstützender Faktor; b) durch Dilatation und übermäßige Füllung der Gefäße, und c) durch eine stärkere Transsudation in der Orbita; diese beiden Momente sind die Hauptfaktoren, vielleicht kommt auch noch stärkere intrakranielle Transsudation in Betracht.

Was das Wesen des Basedow anlangt, so werden wir einen Fortschritt in der Erkenntnis erwarten dürfen von dem Studium der Einwirkungen der Schilddrüsensubstanz auf den Organismus. Nach den Versuchen des Vfs. erzeugt sie eine deutliche Tachykardie durch Reizung der Zentren der Akzelerationsfasern, sowie eine Herabsetzung des Blutdruckes. Inwieweit wir den Entstehungsmechanismus der Basedowschen Tachykardie und Dilatation der Kopfgefäße mit dem Mechanismus der Tachykardie und Gefäßdilatation bei Injektion von Schilddrüsensaft vergleichen können, wissen wir noch nicht. Der schädlich wirkende, im Blute zirkulierende Stoff der Schilddrüse wirkt vielleicht in spezifischer Weise auf die vasomotorischen Zentren des Halsmarks und des verlängerten Markes; er reizt die Nervi accelerantes und die Vasodilatatoren des Kopfes, ob direkt oder erst mit Hilfe von in der Schilddrüse endigenden und auf chemische Reize reagierenden, zentripetalen Sympathikusfasern, ist nicht bekannt. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 39 bis 42, 1906.)

Enteroptose. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Die Behandlung der Gastroptose. Von Graham Chambers.

2. Fälle von Enteroptose und Kardioptose mit Rückkehr zur Norm. Von Max Einhorn.

3. Ueber die Senkung der Baucheingeweide. Von Hans Klatt.

1. Das erste Erfordernis in der Behandlung der Gastroptose ist das Zurückbringen des Magens in seine normale Lage, ein Verfahren, das oft sofort von einer Besserung der Verdauung und des Nervensystems gefolgt ist. Mit dem Normalwerden der Magenfunktionen steigt das Gewicht, die Fettdepots im Abdomen werden größer, damit auch der Druck im Abdomen, wodurch der Magen leichter in seiner Lage festgehalten wird; ebenso wird der Tonus der Magenbänder und der Bauchmuskeln erhöht. Bei schlaffem Abdomen legt man, und zwar in Rückenlage, eine gut angepaßte Binde um den Leib, die vom Nabel bis zum Schambein reicht. Vf. zieht der Binde Heftpflasterstreifen vor, die kreuz und quer um den Unterleib gelegt werden. Man stärkt die Bauchmuskeln auch durch Massage und Uebung. Erstere ist besonders bei ausgesprocheneren neurasthenischen Symptomen am Platze. Die beste Uebung für die Recti ist, sich bei fixierten Füßen von der Rückenlage in sitzende Stellung aufzurichten; ganz gut ist auch, bei Rückenlage die Beine aus horizontaler in vertikale Stellung zu bringen. Um die Kapazität des Oberbauchraumes zu erhöhen, soll der Patient recht tief atmen. Alles Schnüren, alles Beengende wirkt dieser Erweiterung entgegen und ist zu verbieten. — Die Alterationen der Magenfunktion bei der Gastroptose werden ebenso bekämpft, wie wenn sie ohne Gastroptose vorhanden sind, so Hyperazidität mit Alkali und leichter Kost, motorische Insuffizienz mit Strychnin und der entsprechenden Diät. Große Beachtung ist der komplizierenden Neurasthenie zu schenken; dieselbe wird meist schon durch die Besserung der Verdauung günstig beeinflußt; der Schlaf wird besser, die Depression geringer, die geistige Regsamkeit größer. In manchen Fällen geben Ruhekuren gute Resultate, verbunden mit reichlicher Nahrungszufuhr, besonders Milch. — (The Canad. Pract., August 1906.)

2. Die Mehrzahl der Fälle von Enteroptose und Kardioptose beruhen nicht auf kongenitaler Anlage, sondern auf Inanition; als begünstigende Momente treten dann Korsette, Leibschnürungen etc. hinzu. Die Hebung des Ernährungszustandes ist also das beste Mittel zur Heilung der

Viszeralptose. Einhorn berichtet über sechs Fälle, in denen unter Hebung des Körpergewichtes eine völlige Rückkehr der prolabierten Organe zur Norm erfolgte; es scheint dabei eine Fettzunahme um die Organe sowie ein Kräftigerwerden derselben eine Rolle zu spielen. Eine Rückkehr zur normalen Lage scheint beim Herzen leichter zu sein als bei anderen Organen. Zur Unterstützung der Ernährungstherapie läßt man eine Leibbinde tragen. — (Med. Klinik, 20. August 1906.)

3. Klatt gibt einen umfassenden Ueberblick über die Lehre von der Splanchnoptose und Magenatonie, wie sie von Glénard und Stiller begründet und von einer großen Reihe von Autoren, wie L. Kuttner, Schüle, Aufrecht, Quincke, Elsner, Fritz Loeb u. a. m. ausgebaut worden ist, und faßt seinen Standpunkt in der Frage wie folgt zusammen:

a) Es gibt eine allgemeine Konstitutionsanomalie, die sich durch Schlaffheit und Widerstandsunfähigkeit der Muskulatur, besonders der Unterleibsorgane, durch Schwäche der Aufhängebänder und eine gewisse Labilität des Nervensystems auszeichnet.

b) Auch ohne daß an einen solchen Organismus besondere Anforderungen gestellt werden, können sich in ihm geringere oder größere Grade von Senkung einzelner oder mehrerer Organe ausbilden. Das Primäre scheint in diesen Fällen die Senkung der rechten Niere zu sein, die man selbst in vorgeschrittenen Graden, ohne Beteiligung anderer Organe, findet.

c) Werden an einen derartigen Körper aber erhöhte Anforderungen gestellt, durch Ueberanstrengungen, chronische Traumen, Geburten etc. einerseits, durch chronische Ueberfüllung von Magen und Darm anderseits, dann ist mit ziemlicher Bestimmtheit die Entwicklung einer allgemeinen Enteroptose zu erwarten, und zwar durch allmähliche Abnahme der Bauchpresse, durch Schwächung der Muskulatur von Magen und Darm, durch Erschlaffung der Aufhängebänder.

d) Diese Organsenkungen üben nun, teils durch Zerrungen, teils durch Druck, teils durch Funktions- und Ernährungsstörungen, einen nachteiligen Einfluß auf das an sich schwache und widerstandsunfähige Nervensystem aus, und die Folge davon ist a) die Entwicklung einer allgemeinen Neurasthenie oder die Verschlimmerung einer bereits bestehenden, b) eine Reihe von lokalen, rein nervösen Beschwerden. (Neben diesen gehen natürlich die spezifischen Organstörungen einher.)

e) Eine von Anfang an immer symptomlos verlaufene allgemeine Splanchnoptose ist nicht bewiesen und auch nicht wahrscheinlich. Es ist aber ohneweiters zuzugeben, daß selbst hohe Grade von Splanchnoptose zeitweilig ganz symptomlos sein können.

f) Diesen Formen von allgemeiner Splanchnoptosis gegenüber gibt es Fälle von partieller Ptosis einzelner Organe, die wohl auf stärkere, mehr akute Traumen zurückzuführen sind und nur lokale Symptome machen. Ob für das Zustandekommen derselben eine gewisse Anlage mit Bestimmtheit auszuschließen ist, läßt sich zur Zeit noch nicht entscheiden.

Bei der Besprechung der Therapie der Enteroptose empfiehlt Klatt ebenso wie Heidenhain besonders den Aufrechtschen Gürtel (Therap. Monatsh. 1904). Es ist ein Gummigürtel, der, auf bloßem Leibe angelegt, sich von der Symphyse nach oben bis zur größten Hervorwölbung des Leibes erstreckt, eine seitliche Ausdehnung von 14—16 cm hat und dann in Flanellteile übergeht, die seitlich über die Cristen hinweggleiten und hinten durch Lederriemen und Schnallen vereinigt werden; der untere Teil des Gürtels ist mit Sammt eingefaßt, damit er nicht drückt, außerdem sind Schenkelbänder aus Gummischläuchen angebracht, die aber in vielen Fällen nicht nötig sind. Heidenhain gibt bei der Empfehlung des Gürtels folgende praktische Ratschläge: Der elastische Mittelgurt darf nicht über die Spinae hinausreichen; man bleibe 2—3 cm entfernt von ihnen; die Höhe des Mittelstückes bestimme man von der Symphyse bis zum hervorragendsten Punkt des Abdomens, nicht weiter, da sonst der obere Rand absteht. Die Seitenteile bestimmt man so, daß man von den Seitenwänden des Mittelstückes über

die Spinae hinweg nach der Wirbelsäule hin mißt, dabei aber von den Dornfortsätzen jederseits drei Querfinger entfernt bleibt. Die Maße sind im Stehen zu nehmen; der untere Rand des Gurts muß der Symphyse fest anliegen. — (Berl. Klinik, H. 210, Dez. 1905.)

Diätetik.

1. **Die individualisierende Therapie der Fettsucht und des Fettherzens.** Von Eschle-Sinsheim. Ref. F. Perutz, München.
2. **Die Verwendung der Magensonde bei Mastkuren.** Von H. Pfister, Freiburg i. B. Ref. F. Perutz, München.
3. **Zur Streitfrage über den Fettgehalt in den Handelssorten des Kakaos.** Von Erich Harnack. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Ueber Dulcinol-Schokolade.** Von W. Sternberg. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Einiges über die Verwendung des trockenen Malzextrakts (Maltocrystol) in der Praxis.** Von J. Rosner. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Ueber Dr. med. Theinhardts Hygiama.** Von Wiedemann. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Die Verwendung des Hygiama als Diätetikum.** Von Julian Marcuse, Ebernhausen-München. Ref. Einstein, Stuttgart.

1. Eschle-Sinsheim unterscheidet mit O. Rosenbach drei Kategorien von Fettsüchtigen: Solche mit hypertonischer Plethora infolge absoluter Luxuskonsumption, solche mit Plethora e functione minori durch relative Luxuskonsumption, schließlich solche mit hypotonischer Plethora oder hydrämischer Korpulenz. Die Diagnose kann erfolgen unter sorgfältiger Berücksichtigung der Konstitution, der Anamnese und der Lebensverhältnisse durch eine funktionelle Prüfung des Herzens. Der Grad seiner Leistungsfähigkeit gibt zugleich den Maßstab für die einzuschlagende Therapie. Sie hat bei den Personen der ersten Kategorie in einer Reduktion der Ernährung, bei denen der zweiten in einer Steigerung der Muskelarbeit zu bestehen; am schwierigsten ist die Behandlung bei den Patienten der dritten Gattung. Bei diesen pastösen Individuen, die nach Rosenbach die aufgenommenen Materialien nur unter Mitwirkung von viel Wasser assimilieren können, besteht infolge angeborener Schwäche der Energetik die Gefahr einer Fettmetamorphose in den Zellen lebenswichtiger Organe; damit wird die Prognose absolut schlecht. Wasserentziehung, Einschränkung der Nahrung, gesteigerte Muskelarbeit, kalte Applikationen werden in diesen Fällen schlecht vertragen. Meist sind mit dieser Form auch höhere oder geringere Grade von Anämie verbunden. Massage und eine Verringerung der Wärmezufuhr durch nicht zu dicke Kleidung und leichte Bedeckung bei Nacht müssen hier den Umsatz langsam steigern.

Die Arbeit, die in erster Linie den Anschauungen O. Rosenbachs in diesen Fragen mehr Geltung verschaffen will, ist für die Leser, die die Theorien dieses originellen und geistvollen Forschers wenig kennen, stellenweise schwer verständlich. Die zahlreichen Hinweise auf dessen Schriften vermögen nicht die Voraussetzungen und Begründungen des hier Gesagten zu ersetzen. — (Ther. Monatsh., Nr. 4, 1906.)

2. In zwei Fällen von völliger Appetitlosigkeit, die zu hochgradiger Abmagerung und Entkräftung geführt hatte, gelang es nach Fehlschlagen aller anderen Mittel, auch der Hypnose, durch eine forcierte Ernährungskur bei partieller Sondenernährung Gewichtszunahmen von 25—30 Pfund zu erzielen. Es handelte sich beide Male um Individuen, die auch sonst eine Reihe nervöser Erscheinungen boten. Die durch die Kur erreichte Besserung hielt bei der einen Patientin über vier Jahre an. Die Sondenernährung wurde 10—11 Wochen fortgesetzt und 2—3mal täglich vorgenommen. Es wurden auf diese Weise Bouillon mit gewiegtem Fleisch, Tropon oder Sanatogen, auch Milch mit Ei und Zucker zugeführt. Vf. bevorzugt die Einführung der Sonde durch die Nase, weil so weniger Husten- oder Würgreiz ausgelöst wird. Die Eingießung der erwärmten Mischung hat besonders anfangs langsam zu geschehen und beansprucht 3—5 Minuten für Quantitäten von 0·3—0·5 Liter.

Durch die Sondenernährung werden dem Patienten die häufigen und mit Widerstreben eingenommenen Mahlzeiten



erspart, deren Hineinnötigung bei den Unlustgefühlen des Patienten sowohl an ihn wie an das Pflegepersonal große Anforderungen stellen.

(Das wenig Anziehende, das einer solchen, wie zugestanden werden soll, manchmal erfolgreichen Ernährungskur anhaftet, wird auch dadurch noch vermehrt, daß, wie in vorliegender Publikation, der Ausdruck „Fütterung" des öfteren für diese Prozeduren gebraucht wird. Solche Bezeichnungen sollten doch, ebenso wie der Ausdruck „Mastkur", aus ärztlichen Darstellungen schwinden. Ref.) — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 5, 1906.)

3. Harnack zieht aus längeren Ausführungen folgende Schlüsse:

1. Der Kakao ist in erster Linie Genuß- und zum Teil auch Heilnahrungsmittel, und daher sind andere Kriterien wichtiger als gerade die Frage des Fettgehaltes der verschiedenen Sorten, der man keine entscheidende Bedeutung beilegen darf. Vom Standpunkte der Praxis aus läßt es sich nur billigen, wenn im Handel fettreichere und fettärmere Sorten vorhanden sind, aus denen je nach Bedürfnis und je nach Umständen gewählt und gemischt werden kann. Auf letztere Weise lassen sich ja Sorten von verschiedenstem Fettgehalte komponieren.

2. Selbst wenn man den Kakao als reines Nahrungsmittel betrachtete, so würde eine Sorte mit 15% Fett immer noch zu unseren fettreichen Nahrungsmitteln gehören und darin etwa den Fischeiern gleichkommen, während eine Sorte mit 30% Fett schon zu den fettreichsten Nährstoffgemischen zählt. Nur die fettesten Käse- und Fleischsorten sowie natürlich Speck, Butter u. dgl. würden sie darin noch übertreffen.

3. Da man immerhin den Kakao auch in seiner Eigenschaft als Nahrungsmittel nicht unterschätzen darf, so wäre es wünschenswert, daß seine Proteinkörper bei der Verdauung hinlänglich ausgenützt werden. Stehen die fettärmeren Sorten trotz ihres größeren Stickstoffreichtums in dieser Beziehung hinter den fettreicheren zurück, so würde es Aufgabe der Technik sein, zu untersuchen, ob bei den zur stärkeren Entfettung erforderlichen Maßnahmen die Eiweißstoffe der Bohne stärker alteriert werden. Ob es dann trotzdem möglich sein würde, letzteres zu verhüten, das würde nur die Technik selbst entscheiden können, in deren Interesse es läge, solche Versuche anzustellen.

4. Sollte eine gewisse Beeinflussung der Verdauungsvorgänge bei den fettärmeren Sorten noch ein wenig mehr als bei den fettreicheren hervortreten, was vielleicht nur auf den verschiedenen Theobromingehalt zurückzuführen wäre, so würde daraus noch kein Vorwurf gegen die ersteren Sorten zu entnehmen sein. Da in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle der Kakao in kleinen Quantitäten und nur als Zukost genossen wird, so kann für die Praxis die geringfügige Differenz als belanglos bezeichnet werden. Jedenfalls braucht sie keinen zu beängstigen, der aus anderen Gründen die fettärmeren Sorten als Genußmittel bevorzugt und den Kaffee dadurch zu ersetzen wünscht. — (Deutsche med. Wochenschr., 28. Juni 1906.)

4. Die gewöhnliche Schokolade ist Zuckerkranken verboten, da über die Hälfte der Schokolade aus Zucker besteht. Die bisher gebotenen Ersatzpräparate: ungesüßte, halbgesüßte Schokolade, Sakcharinschokolade, Lävuloseschokolade, können als Ersatzmittel nicht ernstlich in Betracht kommen, teils weil sie zu schlecht schmecken, teils weil sie immer noch für den Diabetiker schädliche Stoffe enthalten. Sternberg hat nun mit dem Süßstoff Mannit, unter Zusatz von etwas Kochsalz, eine sehr gut schmeckende Ersatzschokolade hergestellt. Die Mischung von Mannit mit Kochsalz „Dulcinol" sowie die Dulcinolschokolade wird von J. D. Riedel, Berlin, in den Handel gebracht. Während der Diabetikerkakao von Placzek 18·5%, die Sakcharinschokolade von Hövell 18% und die Lävuloseschokolade 56% Kohlehydrate enthält, sind in der Dulcinolschokolade nur 9·1%, so daß sie, zumal in Anbetracht ihrer Schmackhaftigkeit, als für Diabetiker wie Fettleibige sehr geeignet bezeichnet werden darf. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42, 1906.)

5. Von dem alten „Malzextrakt in Kristallform" derselben Firmen unter-

scheidet sich das Maltocrystol durch mehr lösliche Eiweißstoffe und Diastase; der reichliche Eiweißgehalt wird durch ein hohe Temperaturen vermeidendes Maischeverfahren erzielt. Das Maltocrystol, ein gelbes Kristallmehl, besteht aus 90% Kohlehydraten und 10% löslichem Eiweiß, ist frei von Extraktivstoffen, unbegrenzt haltbar und erzeugt keinen Widerwillen. Seine Wirkung wird durch medizinische Zusätze erhöht, so durch Hämol, Lecithol, Guajakol und Kola. Rosner hat die Präparate in 21 Fällen verwendet. In acht Fällen von Anämie und Chlorose gelangte das Maltocrystol-Hämol zur Anwendung mit sehr gutem Erfolge, indem rascher und deutlicher als bei anderen Nährpräparaten und Eisenmitteln das Körpergewicht zunahm und sich eine bedeutende Anregung des Appetits geltend machte. Aehnliche gute Erfahrungen wurden bei einer Reihe von Rekonvaleszenten gemacht, wo die Ernährung nicht in Gang kommen wollte. Eine Verbindung des Maltocrystols mit Jodeisen wurde in einem Falle von Skrofulose, eine solche des Präparats mit Lebertran in einem weiteren Falle mit gutem Erfolge verwendet. Zu letzterem Präparat ist besonders zu bemerken, daß der üble Trangeschmack durch den angenehmen Malzgeschmack fast völlig verdeckt ist. Und Maltocrystol hat vor den flüssigen Malzpräparaten noch den Vorteil, daß es sehr haltbar ist. — (Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr. 17, 1906.)

6. Zu den Präparaten, die allen Anforderungen an Vertrauenswürdigkeit genügen, gehört Theinhardts Hygiama, das aus Milch, Gersten- und Weizenmehl, Zucker und Kakao hergestellt ist und 20% Eiweiß, 10% Fett, 60% Kohlehydrate und 3% Mineralstoffe enthält. Wiedemann hat es in seiner Praxis oft verwendet und ihm manchen Erfolg bei Anämischen und Rekonvaleszenten zu verdanken. Besonders möchte er seinen Erfahrungen gemäß das Präparat auch bei hysterischen und neurasthenischen Verdauungsstörungen, sowie bei unstillbarem Erbrechen der Schwangeren empfehlen, wo er in mehreren Fällen, ohne Zuhilfenahme eines anderen Medikaments, mit Hygiama allein zum Ziele kam. Das Mittel wird gewöhnlich mit Milch zubereitet. Man rührt zirka 3 Kaffeelöffel (=20 g) Hygiama mit etwas heißem Wasser an, gibt nach und nach 1/4 l Milch zu und kocht unter Umrühren 2 Minuten lang. Durch Zusatz von etwas Zucker und zirka 1 Eßlöffel Kakao wird das Getränk noch kräftiger schmecken. Wird Milch nicht ertragen, so rührt man 2 Kaffeelöffel Hygiama wie oben mit Wasser an und kocht mit gut 1/4 l Wasser unter Umrühren 2 Minuten. Dann verrührt man in einer Tasse 2 Eigelb und etwas feinen Zucker, rührt hiezu das kochende Getränk und fügt noch 1—2 Kaffeelöffel Arak oder Rum hinzu. Das Hygiama kann ferner noch mit Kaffee, Schlagrahm, Apfelmus als Creme, Gefrornem, Auflauf gegeben werden, es kann zur Herstellung von Biskuits, Makronen und Zwieback Verwendung finden. — (Deutsche Praxis Nr. 17, 1906.)

7. Marcuse empfiehlt das Hygiama als absolut reizloses, leicht resorbierbares, sehr nahrhaftes Präparat für Störungen der Ernährung, Schwächezustände, Rekonvaleszenz etc. Besonders gute Erfahrungen machte er mit Hygiama bei anscheinend unüberwindlicher Anorexie. Das Präparat dient auch in Kombination mit einer Reihe anderer Nährmittel: Milch, Kakao, Eiern, Süßspeisen etc. zur Bereicherung der diätetischen Küche. — (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther., H. 5, 1905/6.)

Therapeutische Versuche mit Aqua ferro-calcea „Terlik“. Von M. S. Gasiorowski. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Aqua ferro-calcea „Terlik“ ist eine klare, wässerige Flüssigkeit von grünlicher Farbe, deren Geschmack und Geruch an einen milden Tischwein erinnert; sie besteht aus einer haltbaren Lösung von Ferrum pyrophosphoricum und Calcium phosphoricum. Das Präparat wurde von Gasiorowski bei Anämien verschiedenster Provenienz, bei Chlorosen mit und ohne Basedow-Symptome, bei nervöser Dyspepsie, Hyperazidität und Hypersekretion gegeben. In allen Fällen war Gewichtszunahme zu verzeichnen, die Menses wurden regelmäßig, der Blutbefund näherte sich dem normalen, die subjek-

tiven Symptome: Kopfschmerz, Schwindel, Augenflimmern etc., verschwanden allmählich. Die tägliche Dosis betrug 3 Eßlöffel; der Appetit besserte sich sehr rasch; Verdauungsstörungen wurden niemals geklagt, nur in einem Falle traten am Ende der zweiten Woche Diarrhöen auf. — (Wien. med. Presse Nr. 43, 1906.)

Ueber proktogene Obstipation. Von Prof. H. Strauß, Berlin. Ref. Fritz Loeb, München.

Weder das Verhalten der Ampulla recti dem Kot gegenüber, noch die klinische Bedeutung proktogener Formen von Obstipation haben bisher eine übereinstimmende Klärung gefunden. Strauß berichtet auf Grund eigener Erfahrungen über verschiedene Formen der proktogenen Obstipation. Er hat in den letzten Jahren bei mehr als 200 Fällen Rektaluntersuchungen angestellt, welche ergaben, daß zwar bei zahlreichen Menschen kleine, mehr oder weniger weiche und mehr oder weniger an der Wand klebende Kotreste im Rektum zu finden sind, daß aber der Befund mehrfacher größerer, harter Knollen oder auch eines einzelnen harten Kotzylinders bei Personen, welche keinen Stuhldrang empfinden, einen abnormen Befund darstellt. Er hat diesen Befund bei kaum 10% von allen Untersuchten und fast nur bei solchen Personen erheben können, welche über Obstipation klagten, und ist deshalb der Meinung, daß er ein größeres Interesse verdient, als ihm bisher geschenkt wurde; speziell wegen der therapeutischen Konsequenzen. Die ätiologische Therapie ist eine verschiedene. Sie kann unter Umständen sogar eine chirurgische sein. Für die überwiegende Mehrzahl der Fälle reicht aber die interne Therapie aus. Hier genügt jedoch keineswegs die diätetische Behandlung, welche mit Recht den Schwerpunkt der Behandlung einer jeden Form von Obstipation darstellt, sondern es haben zwei Punkte in den Vordergrund zu treten, welche auch bei der Behandlung anderer Formen von Obstipation in Uebung sind, nämlich 1. die systematische Erziehung des Patienten zur rechtzeitigen Defäkation, 2. eine zweckmäßige Lokalbehandlung. In letzter Beziehung spielt nach Strauß eine gründliche Einfettung der Ampulle und des Canalis anoampullaris eine besondere Rolle. Hiefür dient die Benützung der Salbenspritzen, von welchen Strauß sich ein eigenes Modell hat anfertigen lassen. Der aus Zelluloid bestehende Salbenzylinder wird in der Apotheke mit Salbe gefüllt; dann wird mit dem Stempel, dessen Inneres hohl ist, ein Teil der Salbenmasse durch ein in das Rektum eingeführtes kurzes, weiches Analrohr gedrückt. Die Zusammensetzung der Salbe wechselt je nach dem vorliegenden Zweck und es können Zusätze von Anästhesin, Adrenalin etc. in Frage kommen. Meist genügt aber die Anwendung von Oelklysmen, die Strauß bei den in Rede stehenden Fällen meist in der Dosis von 100 cm³ gibt und die er gern in der Form von Mentholöl verabreicht. (Ein Eßlöffel einer Lösung von 1·0 Menthol auf 150 Oleum olivarum.) Die Applikation erfolgt entweder mit einer Spritze, deren mit einem Gummischlauch verbundene Spitze in einem stumpfen Winkel gebogen ist, oder durch eine syphonartige Vorrichtung (siehe nebenstehende Abbildung). Der Apparat ist, ebenso wie die Salbenspritze von G. Haertel Berlin, Karlstraße Nr. 19, hergestellt.



Von Glyzerineinspritzungen und Glyzerinsuppositorien hat Strauß prinzipiell Abstand genommen, da ihm die an sich schon koprogenen Reizungen ausgesetzte Schleimhaut mit vollem Rechte der Schonung bedürftig erscheint, welch letztere durch Oel- oder Salbenapplikation leichter erreicht wird. Aus dem gleichen Grund sieht Strauß auch von einer schlackenreichen Kost ab und beschränkt sich vorzugsweise, wo eine diätetische Anregung der Darmfunktion notwendig erscheint, auf die Verabreichung von Buttermilch, Milch oder Fruchtsäften mit Lävulosezusatz, Apfelmus, Pflaumenmus (auch mit Regu-

linzusatz). Selbstverständlich genügen in denjenigen Fällen, in welchen eine aszendierende Kolostase vorliegt, diese Maßnahmen nicht, sondern es ist damit zu Beginn der Behandlung noch durch Seifenklistiere, Rizinusklistiere, Molkenklistiere etc. eine gründliche Entleerung des Kolons zu verbinden. — (Therap. Monatsh. Nr. 8, 1906.)

Nervenkrankheiten.

Ischias. Ref. A. Haas, München.

1. **Beitrag zur Therapie der Ischias.** Von Kurt Wolff, Altona.
2. **Die Behandlung der Ischias mit perineuraler Kochsalzinfiltration.** Von Dr. E. Großmann. (Aus der I. med. Abteilung des Krankenhauses Wieden in Wien.)

1. Jérôme Lange hat 1904 empfohlen, bei idiopathischer Ischias folgende Lösung zu injizieren: Eukain B 0·1, Natr. chlorat. 0·8, Aq. dest. ad 100·0. Der Nervus ischiadicus wird beim Austritt aus dem Foramen ischiadicum aufgesucht und 70—100 cm³ der Lösung injiziert. Die von Lange erzielten Resultate waren überraschend günstig. Wolff hat nun das Verfahren an der inneren Abteilung des Altonaer Krankenhauses an 14 Ischiasfällen nachgeprüft. Bei zehn Fällen wurde die genannte Eukainlösung injiziert, bei den vier übrigen physiologische Kochsalzlösung benützt. Wolff war nämlich zu der Ueberzeugung gekommen, daß nicht das Eukain, sondern, wie schon Lange vermutet hatte, die Flüssigkeitsmenge das therapeutisch Wirksame sei. Die nur mit physiologischer Kochsalzlösung injizierten Patienten wurden sämtlich geheilt, von den zehn mit der Eukainlösung behandelten sieben. Die Technik wurde zuletzt derartig modifiziert, daß 100—150 cm³ physiologische Kochsalzlösung unter möglichst hohem Druck perineural injiziert wurden.

Fieber wurde nach den Injektionen des öfteren beobachtet und von Wolff (durch die Druckwirkungen auf den Nerven) als „reflektorisches Fieber“ erklärt. Zur Erklärung des therapeutischen Erfolges läßt sich nur die mechanische Druckwirkung heranziehen, die vielleicht durch spätere Hyperämie zu einer Aufsaugung von Entzündungsprodukten führt. Aehnlich würden dann auch die jetzt in Frankreich vielfach geübten Injektionen von filtrierter Luft wirken.

Von Komplikationen nach der Injektion wurde nur einmal eine einige Zeit später auftretende leichte Peroneuslähmung beobachtet, die bald wieder zurückging.

Das Verfahren stellt jedenfalls eine für den praktischen Arzt wertvolle Bereicherung der Therapie der Ischias dar. — (Inaug.-Diss., Leipzig 1906.)

2. Großmann berichtet über 15, nach der Publikation von J. Lange mit 0·6-prozentiger Kochsalzlösung ohne Eukain infiltrierte Fälle von Ischias. Die Infiltration wurde in der Weise ausgeführt, daß die Nadel unter aseptischen Kautelen in der Mitte zwischen Trochanter major und Tuber ischii senkrecht eingestochen wurde. Hat man den Nerven erreicht, so klagen die Patienten gewöhnlich über Schmerzen und Parästhesien im ganzen Bein. Es wurden gewöhnlich 50—100 cm³ Kochsalzlösung eingespritzt. In allen Fällen war sofort eine unmittelbare wesentliche Besserung der Schmerzen zu konstatieren. Ueble Nachwirkungen und Temperatursteigerungen wurden nicht beobachtet.

Im weiteren Verlauf der Krankheit trat in der Mehrzahl der Fälle leichte Schmerzhaftigkeit in der erkrankten Extremität wieder auf, welche die Anwendung der physikalischen Heilmethoden (Heißluftbäder, heiße Einpackungen etc.) erforderte. Von den so behandelten Patienten wurden elf geheilt, drei wesentlich gebessert, einer ungeheilt entlassen. Von fünf Patienten dieser Serie, die sich zur Nachuntersuchung vorstellten, waren nach einem Jahre noch drei schmerzfrei und erwerbsfähig.

Vf. kommt zu dem Schlusse, daß die perineurale Infiltration kein absolutes Heilmittel der Ischias ist, aber in Kombination mit anderen physikalischen, besonders thermotherapeutischen Einflüssen meist zum Ziele führt. Als schmerzstillendes Mittel ist der einfache und gefahrlose

Eingriff in erster Linie zu empfehlen. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 42, 1906.)

Zur Kenntnis der Meningitis serosa spinalis. Von Fedor Krause, Berlin. Ref. Einstein, Stuttgart.

Vf. bietet die sehr interessante Krankengeschichte eines Mannes, der infolge einer Schußverletzung einen eitrig-nekrotisierenden Knochenprozeß an mehreren Halswirbelbögen bekam. Infolgedessen traten Lähmungen beider Beine und Verschwinden der Reflexe ein, die Sensibilität einschließlich des Gelenksinns war erhalten. Bei der Operation wurden die nekrotischen Wirbelbögen entfernt. Es zeigte sich dabei, daß die Kompression des Rückenmarks nicht von einem außerhalb des Duralsackes liegenden Faktor, etwa Eiter, verursacht war, sondern von einem innerhalb der Dura vorhandenen serösen Oedem, das, obwohl es unter starkem Druck stand, merkwürdigerweise auf den Bezirk des Duralsackes beschränkt war, der den kranken Wirbelbögen entsprach. Diese intradurale Flüssigkeitsansammlung hatte zweifellos von der an ihrer Außenseite schon eitrig veränderten Dura ihren Ausgang genommen. Krause nennt diesen Zustand Meningitis serosa spinalis und macht auf die Analogie mit der serösen Meningitis cerebralis aufmerksam, die im Anschluß an eitrige Prozesse des Mittelohrs und der benachbarten Knochenteile nicht allzuselten ist und häufig eine septische Meningitis oder einen Hirnabszeß vortäuscht.

Nach dem Wegräumen der nekrotischen Wirbelbögen bildete sich das Oedem und mit demselben auch die Lähmung langsam zurück. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25, 1906.)

Der therapeutische und symptomatische Wert der Lumbalpunktion bei der tuberkulösen Meningitis der Kinder. Von E. Schlesinger, Straßburg. Ref. Einstein, Stuttgart.

Die Lumbalpunktion wurde von Schlesinger in allen Fällen von tuberkulöser Meningitis bis jetzt ohne einen Heilungserfolg angewandt. Dagegen ließ sich, wie auch andere Autoren angeben, öfters ein vorübergehender Stillstand der Krankheit erzielen. Weiterhin konnte Vf. einen guten symptomatischen Effekt konstatieren: die Krämpfe wurden durch ein- oder mehrmalige Punktionen vollständig beseitigt. Dies gilt nicht nur von den terminalen Konvulsionen, sondern auch von den bei einer gewissen Gruppe von Kindern die Meningitis einleitenden Krämpfen (eklamptische Form der tuberkulösen Meningitis von Marfan). Die Beseitigung dieses quälenden Symptoms macht die Methode für den praktischen Arzt wertvoll.

Schlesinger punktiert alle 3—5 Tage und läßt dabei möglichst viel Flüssigkeit ablaufen, 50 cm³ und mehr. Daß Krämpfe infolge der Punktion auftreten, wie man es bei Hirntumoren beobachtet, ist hier nicht zu fürchten. Auch sonst waren keine nachteiligen Folgen zu bemerken. Das Unangenehmste, was passieren kann, ist die Punctio sicca, die wohl auf einen ventilartigen Verschluß der Kommunikation der Seitenventrikel mit dem Subarachnoidealraum oder auf eine Obstruktion des Hinterhauptsloches infolge Anpressens des Gehirns zurückzuführen ist. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25, 1906.)

Galvanische Untersuchungen im Säuglingsalter. Von v. Pirquet. Ref. Einstein, Stuttgart.

Vf. prüfte den Einfluß verschiedener Faktoren (Ernährung, Medikamente, Temperatur) auf die galvanische Erregbarkeit und fand nur eine positive Tatsache: die Erregbarkeit sinkt beim Aufenthalt in frischer Luft. Das besonders häufige Auftreten der Tetanie im Frühjahr und Herbst spricht auch dafür, daß meteorologische Einflüsse maßgebend sind. Das für die Behandlung so wichtige Gregorsche Phänomen, das in einer Herabsetzung der Erregbarkeit nach Aussetzen der Kuhmilchernährung besteht, ist wohl nicht zu bezweifeln, jedoch inkonstant.

Finkelstein sagte demgegenüber in der Diskussion, daß alle Einflüsse, welche den Körper schädigen, die Tätigkeit des Nervensystems so herabsetzen, daß die alimentären Einflüsse wirksam werden. Er hält an der Lehre der Breslauer Schule von dem Einfluß der Kuhmilch fest. Wie

beim Diabetes, so trete auch bei der Tetanie aus unbekannter Ursache eine Intoleranz gegen einen bestimmten Nährstoff, dort gegen Zucker, hier gegen die Kuhmilchmolke, ein. Mit Lebertran in roher, bezw. Phosphorlebertran in gekochter Milch hatte er öfters gute Erfolge. — (Verh. d. Gesellsch. f. Kinderheilk., 78. Vers. deutscher Naturf. u. Aerzte, Stuttgart 1906.)

Physikalische Therapie.

Ueber Radioaktivität in der Davoser Luft. Von F. Jessen. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Jessen stellte die Anwesenheit von Radium in der Davoser Luft fest, indem er Kupferdrähte vier Wochen der Luft aussetzte, den gebildeten Ueberzug von Kupferoxyd abkratzte und auf die photographische Platte einwirken ließ. Es erfolgte eine starke Zersetzung der Platte, ohne Unterschied, ob das Kupfer in der Sonne oder im Schatten der Luft ausgesetzt gewesen war. Der Feilstaub vermochte ganz deutlich das Wachstum von Staphylococcus pyogen. aur. auf der Agarplatte hemmend zu beeinflussen. — (Annalen d. Schweiz. baln. Ges., 1906.)

Ueber die Bedeutung des Badener Thermalwassers bei der Gicht. Von P. Roethlisberger. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Röthlisberger sucht die empirisch festgestellte günstige Wirkung der Schwefelthermen auch theoretisch zu erklären durch ihre Wirkungen auf die Harnsäurebildung, -Ausscheidung, und ihre Fähigkeit, „der Demineralisation zu steuern". Es ist dies ein so schwieriges Kapitel, daß man die Erklärungsversuche wohl als gutgemeinte Versuche hinnehmen darf, aber den größeren Wert doch auf die Empirie zu legen hat. — (Annal. d. Schweiz. baln. Ges., 1906.)

Ueber die St. Rupertusquelle in Bad Abtenau (Herzogtum Salzburg). Von E. Ludwig, Th. Panzer und E. Zdarek. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die Resultate der eigenen wie früherer Untersuchungen (Wallmann 1862, Spängler 1869, Birnbaum 1869, Schneider 1873, Loebisch 1893) der Abtenauer Quelle lehren, daß das Mineralwasser charakterisiert ist durch einen bedeutenden Gehalt an Chloriden und Sulfaten des Natriums und Kalziums, sowie durch einen mäßigen Gehalt an Magnesiumverbindungen; Kalium, Eisen etc. stehen im Hintergrund. In der Zeit von über 40 Jahren, wo Analysen vorliegen, hat sich der Gehalt an gelösten Bestandteilen nicht mehr geändert als sonst bei ähnlichen Wässern. Die Vf. haben neun neue Bestandteile entdeckt, die den früheren Beobachtern entgangen waren: Lithium, Strontium, Barium, Mangan, Arsen, Borsäure, Phosphorsäure, Bromwasserstoff und Ameisensäure. Unbegründet ist es, wenn Wallmann die Quelle als Eisenquelle bezeichnet; dagegen hat Loebisch sie zutreffend als Kochsalztrinkquelle und leichte Bitterquelle bezeichnet, welche überdies wegen des Gehalts an kohlensaurem Eisen eine nach ihrer Zusammensetzung sehr seltene und in therapeutischer Hinsicht sehr wirksame Heilquelle ist. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 44, 1906.)

Meerklima, Blut und Körpergewicht. Von H. Paull. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die Benekesche Lehre von der Wärmeentziehung durch die Meeresluft erklärt wohl die stoffwechselanregende Wirkung derselben, nicht aber gewisse andere Wirkungen. Für ihre nervenberuhigende, schlafmachende Einwirkung ist vielleicht ihr Gehalt an Bromsalzen verantwortlich zu machen; das zeitweise Ausbleiben der Wirkung in Seebädern ist dann dadurch zu erklären, daß zeitweise dort Landwind herrscht, der kein Brom mit sich führt. Für die expektorierende Wirkung ist die fast absolute Staub- und Keimfreiheit, der Gehalt an Feuchtigkeit und Kochsalz in Anspruch zu nehmen; auch hier ist man im Seebad natürlich stets von der Windrichtung abhängig. Bei der Thalassotherapie müssen wir Meerklima in zwei Teile, in Meerluft und Meerklima im engeren Sinne, zerlegen. Obiges sind die Eigenschaften der Meerluft, unter Meerklima verstehen wir die meteorologi-

schen Tatsachen, daß die Meerluft im Sommer niedriger, im Winter höher temperiert ist als die Landluft, und daß die Temperaturunterschiede geringer sind als die der Landluft. Durch diese Eigenschaften bildet das Meerklima eine wertvolle Unterstützung der Eigenschaften der Meerluft.

Paull suchte nun die Einwirkungen des Meerklimas auf das Blut festzustellen, und zwar benützte er hiefür eine Mittelmeerreise; bei dieser wurden vergleichende Untersuchungen vor und nach der Seereise von 18—19 Tagen ausgeführt. Bei 16 Personen betrug der Blutdruck vor der Reise im Durchschnitt 18·8, nach der Reise 17·7 (vier Fälle zeigten nach der Reise einen höheren Druck, davon zwei Arteriosklerotiker); der durchschnittliche Hämoglobingehalt stieg von 95 auf 100 (nur zwei Passagiere zeigten keine Vermehrung). Von acht Passagieren war der durchschnittliche Erythrozytenwert vorher 4·86 Millionen, nachher 5·21 Millionen (nur bei einem fehlte die Zunahme). Vier Berufsseefahrer zeigten einen durchschnittlichen Blutdruck von 21 und einen Hämoglobingehalt von 102. Das Gewicht wurde bei 19 Personen bestimmt, zehn davon nahmen zu, drei ab, sechs blieben gleich, das Durchschnittsgewicht betrug vor der Reise 80·5, nach der Reise 81 kg. — (Med. Klinik, 12. Aug. 1906.)

Physiologische Versuche mit Moorbädern. Von Tuszkai, Marienbad. Ref. F. Perutz, München.

Tuszkai fand bei einem Hund, der einen Monat im Stickstoffgleichgewicht gehalten worden war, während einer 14tägigen Anwendung von mitteldicken Marienbader Moorbädern von 39° C. eine mächtige Anregung des Stoffwechsels, der sich im Ansteigen der N-Ausscheidung äußerte, eine Vermehrung der Chloridausscheidung, eine verminderte Azidität des Urins. Das Körpergewicht sank um 250 g.

Auffallend war die Vermehrung der Erythrozyten und Leukozyten nach den Bädern. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25, 1906.)

Wie reagiert der normale Zirkulationsapparat auf natürliche Kohlensäurebäder. Von F. Kisch jun., Marienbad. Ref. F. Perutz, München.

Kohlensäurebäder von 32·5—36·25° C. bewirken beim Gesunden eine Blutdrucksteigerung mit gleichzeitiger Herabsetzung der Pulsfrequenz und Verminderung der Respirationszahl. Kohlensäurebäder von 37—40° rufen erhebliche Blutdruckerhöhung zugleich mit Pulsbeschleunigung hervor. Die Wirkung hält noch $^1/_2$—1 Stunde an und sind Blutdruck wie Pulsfrequenz in dieser Zeit in gleicher Weise nur quantitativ geringer, als am Schluß des Bades beeinflußt. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25, 1906.)

Chirurgie.

Allgemeine und lokale Anästhesie.

1. **Die moderne Narkose.** Von Kurt Pietsch. Ref. Fritz Loeb, München.
2. **Die modernen Bestrebungen zur Verminderung der Narkosengefahr.** Von W. Wendel. Ref. G. Wiener, München.
3. **Beitrag zu dem Kapitel Narkosenlähmungen.** Von D. Balakian. Ref. Fritz Loeb, München.
4. **Erfahrungen über Lumbalanästhesie mit Tropakokain in 1200 Fällen.** Von Dr. E. Šlajner. Ref. G. Wiener, München.
5. **Beiträge zur Rhachistovainisierung.** Von E. Schroeter. Ref. Fritz Loeb, München.
6. **Ueber lokale Anästhesie.** Von Buff. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

I. Pietsch kommt auf Grund eingehender Studien, bei denen er 106 Angaben aus der Literatur verwertet, zu folgenden Schlußsätzen: Das Chloroform als Inhalationsanästhetikum ist nicht mehr existenzberechtigt, da es die oxydierende Kraft des Blutes herabsetzt und dadurch lebenswichtige Organe, wie Herz, Leber, Nieren, schädigt und zur Fettnekrose dieser Organe führen kann, da es weiter blitzschnell durch die Herzsynkope töten kann und da es endlich den muskulo-motorischen Apparat des Herzens schädigt und so den Blutdruck herabsetzt. Findet es noch Anwendung, so hat diese nur in Verbindung mit Sauerstoff stattzufinden, weil dadurch

die Oxydationskraft des Blutes vollwertig zu bleiben scheint. Als Inhalationsanästhetikum hat nur der Aether Anwendung zu finden, da er die Herzkraft hebt, Leber und Herz intakt läßt und kranke Nieren nur vorübergehend reizt. In der Aethertropfnarkose ist eine offenbar nur wenig gefahrvolle, wenn nicht gefahrlose Methode, zu narkotisieren, gefunden worden. Tropfenweise verabfolgt, reizt der Aether die Lungen nicht. — Die allgemeine Narkose ist zu beschränken. An ihre Stelle hat, weil gefahrloser, in geeigneten, wohl ausgesuchten Fällen eine geeignete Methode der Lokalanästhesie zu treten. Nur unter Lokalanästhesie dürfen Patienten mit Stoffwechselerkrankungen und Erkrankungen des lymphatischen Rachenringes operiert werden. — (Diss., Königsberg i. Pr. 1905.)

2. Die größte Bedeutung haben die Bestrebungen, die alte Chloroform- und Aethernarkose zu verbessern. Die anfängliche Begeisterung für die Rothsche Chloroformsauerstoffnarkose hat sich sehr abgekühlt. Eine ganze Anzahl deutscher Autoren verlangt kategorisch, den Aether als Normalnarkotikum eingeführt zu sehen. Während derselbe auf Herz und Leber nicht die schädlichen Wirkungen des Chloroforms hat, galten Nieren und Respirationsorgane dagegen für sehr gefährdet. Die Ansichten hierüber sind jetzt jedoch wesentlich modifiziert. Es ist nachgewiesen, daß es eine eigentliche Aethernephritis nicht gibt, sondern nur vorübergehend Eiweiß und Zylinder im Urin auftreten. Durch Witzels Aethertropfmethode ist auch die Gefahr für die Respirationsorgane bedeutend abgeschwächt. Der Vf. sah von letzterer in vielen hunderten von Narkosen in der Marburger Klinik keinen einzigen Todesfall, kaum je eine Komplikation.

Es werden dann die Schmerzbetäubungsmethoden ohne Narkose erörtert:

Die Lokalanästhesie durch schmerztötende Kataplasmen, durch Kälte, die „regionäre Anästhesie" von Oberst, die Umspritzungsmethode von Hackenbruch und besonders die Rückenmarksanästhesie nach Bier. Der Vf. führt die letztere mit Novokain aus und ist mit den Erfolgen außerordentlich zufrieden. Immerhin eigne sich dieselbe nicht für alle Patienten und es sei Sache des Arztes, die „geeigneten" herauszufinden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 33, 1906.)

3. Zur Prophylaxe der Narkosenlähmungen ist das Emporziehen der Arme in die Höhe möglichst zu vermeiden. Kann man es z. B. bei Operationen im Bereiche der Achselhöhle, der Mamma, nicht ganz umgehen, so soll man die Arme nicht unter dem Kopfe zusammenpressen, sondern über der Stirn fixieren. Zu Zwecken der Pulskontrolle sollte kein Narkotiseur die Arme des Patienten emporziehen; es dürfte vollständig genügen, die Pupillenreaktion, die Pupillenweite, Korneal- und Konjunktivalreflexe, Atmung und endlich Gesichtsfarbe aufmerksam zu beobachten, um sich über die Tiefe der Narkose und über drohende Gefahr zu orientieren. Da die Gefahr der Quetschung der Nervenplexus bei Beckenhochlagerung durch das spontane Herabsinken der Schulter vergrößert wird, sind die Schultern durch untergelegte Kissen zu unterstützen, beim Brechen der Kopf nicht vom erhobenen Arm ab-, sondern zu ihm hinzuwenden. Von größter Bedeutung ist es ferner, bei lang dauernden Operationen die Lage des Armes von Zeit zu Zeit zu ändern, um dem etwa gequetschten Nervenplexus ein Ausweichen zu ermöglichen. Ferner darf der hochgeschlagene Arm nicht gewaltsam gedreht und nach außen rotiert werden, da hiebei der Nervus medianus und ulnaris straff über den Humeruskopf zu liegen kommt und so einer Kompression leicht ausgesetzt ist. Selten sind Narkosenlähmungen der Beine, wenn man die Anwendung von schlecht gepolsterten und zu straff angezogenen Beinhaltern vermeidet. In letzter Zeit empfiehlt Rothe (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 12, 1904) für die Armhaltung in der Narkose eigens konstruierte Armhalter: Auf jeder Seite wird eine Fessel für den Oberarm und eine für den Unterarm angebracht. Die beiden Oberarmfesseln einerseits, die beiden Unterarmfesseln anderseits sind dann unter dem Tische durch ausziehbare Stränge miteinander verbunden. Um zentrale Narkoselähmungen zu vermeiden, ist vor

der Narkose das Herz sorgfältig zu untersuchen und bei bestehendem Herzfehler statt Chloroform Aether zu geben. Bei Patienten mit Arteriosklerose ist Aether als Narkotikum möglichst ganz zu vermeiden. Während des gefährlichen Exzitationsstadiums ist alles zu vermeiden, was eine vermehrte Gehirnkongestion zur Folge haben könnte. Um im allgemeinen Narkosenlähmungen zu vermeiden, sowohl periphere als zentrale, ist es ratsam, ein gemischtes Narkotikum vorzuziehen, da, wie die Statistik des Vfs. zeigt, Narkosenlähmungen fast nur durch Chloroformnarkose entstanden sind.

Obige prophylaktische Maßregeln sind besonders bei weiblichen Individuen richtig auszuführen, da diese für Narkosenlähmungen viel mehr disponiert zu sein scheinen als das männliche Geschlecht. — (Diss., Leipzig 1905.)

4. Im Krainischen Landesspital zu Laibach wurde Tropakokain-Lumbalanästhesie mit vorwiegend gutem Erfolge ausgeführt, u. zw. hauptsächlich an Fällen von 15 Jahren an aufwärts. Nicht angewendet wurde das Verfahren in allen Fällen von schweren septiko-pyämischen Prozessen, bei florider Tuberkulose und dort, wo Pustelbildung, Ekzem, große Dekubitalgeschwüre die genaue Asepsis der Punktionsstelle gefährdeten. Die Injektion wird immer in sitzender Stellung mit stark vorgebeugtem Rumpfe ausgeführt und stets in der Verbindungslinie der beiden Cristae ossi ilei zwischen dem dritten und vierten Lendenwirbel. Verwendet wird die von Merck in sterilisierten Phiolen mit 0·6% Kochsalzlösung hergestellte Lösung, und zwar werden Phiolen mit 0·05, 0·10 und 0·15 g Tropakokain in 1 cm^3 der Lösungsflüssigkeit (physiologische Kochsalzlösung) benützt; durchschnittlich werden 0·07 g verwendet. Der Vf. empfiehlt dringend, die Lumbalanästhesie ausgedehntest anzuwenden, wobei er nicht das Tropakokain als „alleinseligmachend" bezeichnen will, sondern auch für die Verwendung von Stovain eintritt. — (Wien. med. Presse, Nr. 25, 1906.)

5. Der Arbeit von Ernst Schroeter: Beiträge zur Rhachistovainisierung liegen 86 Fälle der chirurgischen Universitätsklinik in Königsberg zugrunde. Ohne jeden Zwischenfall weder während, noch nach der Injektion verliefen von 73 unter Lumbalanästhesie mittels Stovain ausgeführten Operationen 37, also 50·7%. Trotzdem die Punktionsnadel den richtigen Weg gefunden hatte, trat in neun Fällen keine oder nur unvollkommene Anästhesie ein, die Operation mußte unter allgemeiner Narkose beendigt werden. Die Dauer der Anästhesie belief sich gewöhnlich auf $^3/_4$ bis $1^1/_2$ Stunden. In zwei vom Vf. ausführlicher mitgeteilten Fällen traten einige Tage nach überstandener Operation isolierte Augenmuskellähmungen ein. In beiden Fällen sind Erkundigungen über den weiteren Verlauf leider erfolglos geblieben. Doch ist die Prognose dieser Lähmungen, die auch von anderer Seite beobachtet wurden, eine günstige. Von Nachwirkungen, die nach Rückenmarksanästhesie mittels Stovain vom Vf. beobachtet wurden und die zweifellos auf eine Intoxikation durch das Stovain zurückzuführen sind, verzeichnet Vf. nach der Folge, in der sie sich bemerkbar machten: 1. Intoxikationserscheinungen in sieben Fällen unmittelbar nach der Injektion; 2. Intoxikationserscheinungen in 29 Fällen vom 1. bis 8. Tage nach der Injektion; 3. spätere Intoxikationserscheinungen in sieben Fällen. Auf Grund der Erfahrungen an der Königsberger Klinik steht Vf. deshalb der Wirkung des Stovains etwas skeptischer gegenüber als andere Autoren. Er vertritt den Standpunkt, daß die Rhachistovainisierung wie auch die Medullaranästhesie mittels anderer Medikamente nur dann anzuwenden sei, wenn eine Allgemeinnarkose aus bestimmten Gründen direkt kontraindiziert ist. — (Diss., Königsberg 1906.)

6. Zu Gewebsinjektionen dürfen nur Flüssigkeiten von gleichem osmotischen Druck genommen werden, wie die Gewebsflüssigkeiten. Da die örtlich anästhesierenden Mittel zu Gewebsinjektionen in weit geringerer Konzentration angewandt werden müssen, so muß durch Zusatz eines indifferenten Salzes (z. B. Kochsalz) die

gewebsschädigende Wirkung zu dünner Lösungen beseitigt werden. Der Gefährlichkeit der angewandten Anästhetika muß vorgebeugt werden durch Vorsichtsmaßregeln; es kommt z. B. beim Kokain weniger auf die Dosis an (Maximaldosis schützt nicht vor Vergiftung!) als auf andere Umstände, besonders die Schnelligkeit der Resorption. Mittel, diese zu verhindern, sind: 1. Anwendung sehr dünner Lösungen, womöglich nie stärker als 1‰, isotonisch gemacht durch 0·8% Cl Na; stärkere Lösungen als 1%ige sollten nie verwendet werden. 2. Blutleere des Operationsgebietes, sei es durch Abschnürung oder durch Nebennierenpräparate. — (Aerztl. Ver. in Hamburg, 16. Okt.; Münch. med. Wochenschr. Nr. 44, 1906.)

Die Behandlung der traumatischen Gelenkentzündungen. Von Dr. Stock, Köln. Ref. A. Haas, München.

Vf. bespricht das für den Praktiker so wichtige Thema der akuten traumatischen Gelenksentzündungen und empfiehlt nach subkutanen Traumen Immobilisation der Gelenke (obere Extremität durch Mitella, untere durch Volkmann-Schiene), jedoch nur so lange, als sie wegen der Schmerzhaftigkeit unbedingt nötig ist. Bei zu langer Immobilisation treten schwer zu behebende Gelenkversteifungen auf.

Sind größere Ergüsse in einem Gelenk posttraumatisch aufgetreten, so wartet man 8—10 Tage ab und vergewissert sich durch Messungen, ob der Erguß abnimmt oder nicht. Hat er nach dieser Zeit nicht abgenommen, so soll man streng aseptisch eine Probepunktion vornehmen. Erweist sich das Exsudat als serös, so fängt man nach einigen Tagen mit Massage und elastischer Kompression an. Geht auch dann der Erguß nicht zurück, so läßt man ihn mit dem Troikart ab und fixiert darauf das Gelenk nochmals 2—3 Tage, dann wendet man Massage und Gymnastik an.

Hat sich der Inhalt des Gelenkes als Blut erwiesen, so inzidiert man am besten in Narkose das Gelenk und räumt die Gerinsel aus. Dann Naht und Fixation bis zur Heilung der Wunde.

Penetrierende Gelenksverletzungen haben stets eine zweifelhafte Prognose. Man sucht zunächst durch entsprechende Wundversorgung eine Infektion zu verhüten. Zeigt sich dieselbe dann trotzdem durch heftige Entzündungserscheinungen an, so eröffnet man das Gelenk durch Inzision und Gegeninzision, spült reichlich durch (Solut. acid. salic. 1:1000 oder physiologische Kochsalzlösung) und drainiert. In solchen Fällen bleiben meist dauernde Bewegungsstörungen zurück, während nach subkutanen Gelenksverletzungen sich die Gelenksfunktion gewöhnlich völlig wieder herstellt. Nur in seltenen Fällen, erkennbar an ihrem schleppenden Verlauf, entwickelt sich allmählich Gelenkstuberkulose, deren Behandlung dann natürlich entsprechend sein muß.

Die Biersche Stauung hält Vf. bei traumatischen Gelenksentzündungen nicht für geeignet. — (Medico Nr. 31, 1906.)

Ueber die Resultate der Winkelmannschen Hydrokelenoperation. Von O. Schütze. Ref. A. Haas, München.

Die gebräuchlichsten Operationsmethoden zur radikalen Beseitigung der Hydrocele testis sind die Verfahren von Volkmann, Bergmann und Winkelmann. Ueber die Winkelmannsche Operation, die 1898 veröffentlicht wurde, liegen bereits mehrere Nachprüfungen vor, da das durch seine Einfachheit bestechende Verfahren von vielen Chirurgen geübt worden ist. Bisher sind 104 Fälle mit vier Rezidiven veröffentlicht.

Die Winkelmannsche Methode spaltet den Skrotalsack bis auf den Hydrokelensack in der Längsrichtung, dann wird letzterer 3—4 cm lang inzidiert. Nach Abfluß der Hydrokelenflüssigkeit wird der Testikel durch den Schlitz vorgezogen, so daß sich die Tunica vaginalis propria umkrempelt. Der Schlitz wird dann durch ein paar Nähte verkleinert, so daß ein Zurückschlüpfen des Hodens nicht möglich ist. Der umgestülpte Sack mitsamt dem Testikel wird nun reponiert, die Hautwunde exakt genäht.

An der Königsberger chirurgischen Klinik wurden seit 1899 31 Fälle klinisch nach Winkelmann operiert, nur mit zwei kleinen Modifikationen; erstens



wurde der Hautschnitt nach dem Verlauf der Hautgefäße gelegt, um damit die Zeit der Blutstillung zu ersparen; zweitens wurden zur Verkleinerung des Schlitzes 4—5 Knopfnähte gelegt, die alle etwas Samenstrangbindegewebe mitfaßten, um ein Zurückschlüpfen des Hodens sicher zu verhindern. Die Operation wurde nur in 14 Fällen in Narkose, sonst mit Schleichscher Infiltrationsanästhesie ausgeführt. Die Patienten konnten im Durchschnitt nach sieben Tagen aufstehen, nach zehn Tagen die Klinik verlassen.

Rezidive konnte Schütze fünf beobachten, also einen recht hohen Prozentsatz, wenn man bedenkt, daß Brahmann unter 500 nach v. Bergmann operierten Fällen kein einziges Rezidiv hatte. Vf. kommt nun mit Bunge nach genauer Prüfung der klinisch beobachteten Rezidive über die Verwendbarkeit und Technik der Winkelmannschen Operation zu folgenden Schlüssen: Die Operation gibt bei kleinen und mittelgroßen (bis Gänseeigröße) Hydrokelen vorzügliche Resultate. Wegen der stets neben dem Hoden zurückbleibenden Höhlen ist es besser, den Hoden durch einen kleinen, möglichst tief am Hydrokelensack angelegten Schlitz hervorzuziehen. Hydrokelen mit auch nur wenig starren Wänden und selbst geringen Veränderungen der Innenwand sind nach v. Bergmann zu operieren. — (Ref. möchte die v. Bergmannsche Methode dem Praktiker als Normalverfahren empfehlen, da sie technisch bei nur einiger Uebung kaum schwieriger ist, anderseits aber vor Rezidiven sicher schützt.) — (Inaug.-Diss., Königsberg 1906.)

Laryngologie und Rhinologie.

Die Ozäna und die Stauungstherapie nach Bier.

Von Joh. Fein, Wien. Ref. Einstein, Stuttgart.

Vf. ging von dem Gedanken aus, daß die Erzeugung einer Hyperämie auf die bei der Ozäna sich findende Atrophie der Nasenwandungen günstig wirken müsse. Die Anwendung der Saugtherapie verbot sich wegen des ungenügenden Abschlusses der Nase gegen den Mund hin und wegen der Gefahr des Eindringens von Sekret in die Nebenhöhlen und das Mittelohr. Vf. versuchte daher die Behandlung mit Stauung. Die Kompression der Halsvenen durch eine Halsbinde hatte keinen nennenswerten Einfluß auf die Venen der Nase. Es blieb daher nur die Kompression der Nasenvenen direkt nach dem Austritt aus der Nase übrig. Von den fünf Gruppen dieser Venen sind mehrere vollständig unzugänglich. Nur die rückwärts zum Gaumensegel und Pharynx führenden Venen und die in das Foramen sphenopalatinum mündende kommen in Betracht. Durch Einlegen von komprimierenden Tampons suchte Vf. zu seinem Ziel zu kommen, hatte aber keine nennenswerten Erfolge, wohl aber verursachte er seinen Patienten eine Menge von Unzuträglichkeiten (Schmerzen, Geschwüre, eitrige Mittelohr - Entzündungen!). Trotzdem glaubt Vf., daß mit einer besseren Technik auf diesem Wege der Ozäna beizukommen sei. (Dem Referenten scheint dies bei den vielen, unter einander anastomosierenden Venen der Nase unmöglich zu sein.) — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 31, 1906.)

Ein Fall von echter Angina erysipelatosa.

Von Dr. D. Roth. Ref. Weil, Wien.

Ein 17jähriges Mädchen erkrankte unter den Erscheinungen einer Angina catarrhalis und zwei Tage später an einem heftigen Erysipel der Nase, welches sich von dort aus über Gesicht und Kopf ausbreitete. Nach weiteren zwei Tagen erneuerter Schüttelfrost, vermehrte Halsbeschwerden, Entzündung der Schleimhaut des Mundes, der Tonsillen und der Uvula, auf welcher sich eine Blase bildete, in deren Inhalt sich Erysipelkokken fanden. Heilung innerhalb zehn Tagen unter Kollargolpinselungen (deren Stärke wird nicht angegeben. Ref.). — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 46, 1906.)

Externe oder interne Operation der Nebenhöhleneiterungen.

Von Dr. M. Halle. Ref. Weil, Wien.

Vf. plaidiert dafür, die chirurgische Behandlung sämtlicher Nebenhöhleneiterungen nur vom Innern der Nase aus vor-

zunehmen. Speziell für die Stirnhöhle, welche bisher dieser Behandlung so ziemlich unzugänglich war, gibt er eine Methode an, welche sich als eine Modifikation des von Ingals vorgeschlagenen Verfahrens darstellt, den Ductus nasofrontalis durch eine Fräse zu erweitern, welche über eine in die Stirnhöhle eingeführte Sonde geleitet wird. Dieses Verfahren scheint dem Vf. doch zu gefährlich, weil die Lamina papyracea und die Tabula interna des Stirnbeines leicht von der Fräse lädiert und dadurch Orbita und Dura gefährdet werden. Er führt daher nach gelungener Sondierung einen Schützer aus biegsamem Metall in den Ductus nasofrontalis, welcher nach hinten und lateralwärts diese gefährdeten Knochenpartien deckt. Vor diesem Schützer führt er, medialwärts und nach vorne drückend, elektrisch betriebene Fräsen nach oben und nimmt so nach und nach den größten Teil der Spina nasofrontalis interna weg. Für die erste Erweiterung wird eine vorn scharfe Fräse benützt, dann kommen vorn abgestumpfte Instrumente, mit denen man ohne Gefahr den Boden der Stirnhöhle weiter nach vorn gegen die Nasenwurzel zu fortnehmen und so eine weite Verbindung derselben mit der Nasenhöhle herstellen kann, und zwar immer unter Kontrolle des Auges. Unter Kokain-Adrenalin ist die Operation sehr wenig schmerzhaft. Vf. hat dieselbe bisher zwölfmal erfolgreich ausgeführt.

Bei den bekannten anatomischen Verhältnissen kann es auch geschehen, daß man zuerst anstatt der Stirnhöhle eine vordere Siebbeinzelle eröffnet. Doch hat dies natürlich nichts zu bedeuten. Vf. empfiehlt diese Methode für alle Fälle, wo nicht Indicatio vitalis vorliegt. Vorbedingung ist natürlich die gelungene Sondierung des Ductus nasofrontalis. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 42 u. 43, 1906.)

Die Ansteckungsfähigkeit der Ozäna. Von Marcel Lermoyez, Ref. Weil, Wien.

Vf. erörtert zunächst die verschiedenen Theorien der endogenen Entstehung der Ozäna (weit angelegte Nasenhöhle, Metaplasie des Epithels, Trophoneurose, Knochenerweichung) und stellt diesen gegenüber die Behauptung der exogenen Entstehung der Ozäna und ihrer Infektiosität auf; er belegt diese mit einer Reihe von Fällen aus seiner Erfahrung, in denen er die Uebertragung innerhalb einiger Monate oder Jahre beobachtet hat und meint, daß diese Theorie allein allen Schwierigkeiten, welche die Erscheinungen der Ozäna gegenüber den anderen Theorien bieten, gewachsen ist. Er stellt diese Erscheinungen klinisch in Analogie zu denen der Blenorrhagie. Die Nutzanwendung aus seiner Theorie geht dahin, daß die Ozänösen verhalten werden müssen, in ihrer Familie die größte prophylaktische Vorsicht, namentlich den Kindern gegenüber, zu beobachten. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 47, 1906.)

Ueber die Bedeutung der Anästhesie des Kehlkopfeingangs bei den Rekurrenslähmungen. Von Prof. Dr. Ferdinando Massei. Ref. Weil, Wien.

Als Ergebnis mehrerer hundert Beobachtungen findet Vf., daß die Anästhesie (oder hochgradige Hypästhesie) des Kehlkopfeinganges ein fast konstantes Begleitsymptom der Rekurrenslähmung ist; bei myogenen Postikuslähmungen ist sie nicht vorhanden, was differenzialdiagnostisch von Wichtigkeit ist. Sie ist immer allgemein, nie halbseitig, wie die motorische Lähmung, reicht bis zu den Stimmbändern herab und kann als frühzeitiges prämonitorisches Symptom der Rekurrenslähmung auftreten. Vf. findet ferner, daß bei linksseitiger Rekurrenslähmung meist volle Anästhesie, bei rechtsseitiger Hypästhesie auftritt, was mit der größeren Stärke des linken Nervus recurrens stimmt. Zur Prüfung bedient er sich nicht des faradischen Stromes, sondern immer nur der einfachen Larynxsonde. Die Beobachtungen sind um so wichtiger, als unsere Kenntnisse über die Larynxinnervation noch lückenhaft sind. Vf. meint, daß der linke Nervus recurrens zahlreichere sensible Fasern führt als der rechte, und daß die besprochenen Störungen auf eine Neuritis ascendens (communicans) im Anschluß an die Schädigung des Nervus recurrens

zurückzuführen sind. Ist reine Hemianästhesie vorhanden, so würde es sich (nach A v e l l i s) um eine hysterische Affektion handeln. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 47, 1906.)

Ueber den therapeutischen Wert vollständiger Stimmruhe bei der Anstaltsbehandlung der Kehlkopftuberkulose. Von F. S e m o n. Ref. W e i l, Wien.

Der Gedanke, vollständige Stimmruhe als therapeutisches Agens bei der Behandlung der Kehlkopftuberkulose zu verwerten, ist nicht neu. Schon 1887 hebt M. S c h m i d t bei seiner warmen Empfehlung der Tracheotomie bei Tuberculosis laryngis die „Ruhigstellung des Kehlkopfes“ als das vermutlich wirksamste Element bei dem Erfolge dieser Methode hervor. Natürlich kommt auch die Abhaltung von Staub und Bakterien dabei in Frage. Nun hat seither schon eine Anzahl willensstarker und unter außergewöhnlich günstigen Verhältnissen lebender Kehlkopfphthisiker es durchgesetzt, monatelang zu schweigen, und zwar mit sehr gutem Erfolge. Doch stellen sich einer allgemeinen Durchführung dieser Methode in der Häuslichkeit fast unüberwindliche Hindernisse entgegen. Die Anforderungen des Berufes bei Männern, die der Häuslichkeit bei Frauen, das charakteristische sanguinische Temperament der meisten Phthisiker, der Mangel einer konstanten Ueberwachung seitens des Arztes, die Unvernunft vieler sogenannter „Freunde“ des Kranken — das alles sind Hindernisse einer streng durchgeführten, wirklich vollständigen, monatelang dauernden Stimmruhe.

In der neuerdings in Aufnahme gekommenen Anstaltsbehandlung läßt sich diese aber mit viel größerem Erfolge durchführen; denn derjenige, der für mehrere Monate Familie und Beruf im Stich läßt, um in der strengen Zucht eines Sanatoriums nur seiner Gesundheit zu leben, nimmt die Sache von vornherein ernst und in den Verhältnissen der Anstalt fällt nicht nur die Notwendigkeit, sondern meistens auch die Versuchung fort, das geschädigte Organ unnötigerweise zu gebrauchen und die permanente ärztliche Ueberwachung ermutigt den Kranken, wenn seine Ausdauer nachlassen sollte.

Das permanente Schweigen soll die Lokalbehandlung durchaus nicht vollständig verdrängen, sondern in erster Reihe ein wertvolles Hilfsmittel bieten, hat aber dem Vf. schon für sich allein bei umschriebenen Geschwüren und Infiltraten, namentlich aber in Fällen entzündlicher Reizung des Kehlkopfes bei Tuberkulose, ausgezeichnete Resultate ergeben. — (Berl. klin. Wochenschr., H. 47, 1906.)

Augenheilkunde.

Beiträge zur Resektion des Sehnerven bei sympathischer Augenentzündung. Von Georg K o h n. Ref. Fritz L o e b, München.

Die Entscheidung, ob man in einem Falle eine Resektion oder eine Enukleation vornehmen soll, ist schwer zu treffen. Letztere gewährt fast absolute Sicherheit, entstellt den Kranken aber dauernd, erstere gewährt zwar einen hohen Grad von Sicherheit, läßt aber dem Menschen sein Auge. Der Arzt ist verpflichtet, zur Herausnahme des Augapfels zu raten, muß sich aber auch mit der Resektion des Sehnerven begnügen, zumal es keine Zeichen dafür gibt, ob eine traumatische Irido-Zyklitis sympathiefähig wirken wird oder nicht. Ein großer Teil der operativen Erfolge ist darauf zurückzuführen, daß auch ohne Operation eine sympathische Entzündung nicht ausgebrochen wäre.

Wenn das zweite Auge auch schon erkrankt ist, ist dennoch eine Operation am ersterkrankten Auge von Nutzen, da durch sie der Verlauf der sympathischen Entzündung entschieden abgekürzt und günstiger gestaltet wird, vermutlich deshalb, weil der Nachschub von krankmachenden Stoffen, lebenden oder nicht lebenden, verhindert wird. Ist die sympathische Entzündung aber schon hochgradig, das Sehvermögen des sympathisierten Auges bedeutend herabgesetzt, ohne Aussicht auf Besserung, z. B. durch starke Trübungen der brechenden Medien, so ist eine Operation am ersterkrankten, sympathisierenden Auge kontraindiziert, wenn auf demselben noch ein geringes Sehver-

mögen vorhanden ist, denn es könnte vorkommen, daß dieses erhalten bleibt, während jenes vollkommen zugrunde geht. — (Diss. Greifswald.)

Kokain und seine Ersatzmittel (Tropakokain, Holokain, Eukain, Stovain, Alypin, Novokain) in der Augenheilkunde. Von Prof. Dr. Hugo Wintersteiner. Ref. Jänner, Wien.

Dem ganz ausgezeichneten Anästhetikum — Kokain — wird zum Vorwurf gemacht: 1. seine Giftigkeit und die daraus folgende Gefährlichkeit seiner Anwendung; 2. seine Unwirksamkeit am entzündeten Gewebe; 3. seine Einwirkung auf Pupille und Akkomodation (Mydriasis und Akkomodationsparese); 4. seine Schädlichkeit gegenüber dem Hornhautepithel; 5. seine Beeinflussung des intraokularen Druckes; 6. die Schwierigkeit der Sterilisation seiner Lösungen.

Unterzieht man diese sogenannten üblen Eigenschaften einer genauen Ueberprüfung, so ergibt sich folgendes:

ad 1. Die Empfindlichkeit gegen Kokain ist individuell sehr verschieden und bei manchem Menschen derart hochgradig, daß schon einfache Instillation in den Bindehautsack allgemeine Intoxikationserscheinung hervorruft. Abadie berichtet eine tödliche Vergiftung nach subkutaner Injektion von 0·04 Kokain bei einer 71jährigen Frau (die Maximaldosis ist bekanntlich 0·10 intern pro dosi). Anderseits aber darf man nicht an die psychische Alteration während eines jeden operativen Eingriffes vergessen und ist daher nicht jede Störung (Schwindel, Angstgefühl, Blässe des Gesichtes, Ausbruch kalten Schweißes, Erbrechen, Zittern) ausschließlich Kokainwirkung. Uebrigens sind selbst diese Störungen bei der Anwendung der in der Augenheilkunde üblichen 2—5-prozentigen Lösung sehr selten, sie sind bei gleichzeitiger Anwendung von Adrenalin (oder einem anderen Nebennierenpräparate) noch seltener, und treten sie trotz alledem doch auf, dann lassen sie sich durch ein leichtes Exzitans (Kognak) oder Einatmen von 1—2 Tropfen Amylnitrit beheben. Bei gleichzeitiger Anwendung von Nebennierenpräparaten genügt wegen der durch die Ischämie bedingten langsameren Resorption eine geringere Dosis. Die Wirkung ist daher auch eine mehr lokale und die Dauer der Anästhesie eine verlängerte.

ad. 2. läßt sich durch aufeinanderfolgende Applikation von Nebennierenpräparaten und Kokain vollständig beheben.

ad 3. Zwar sind die Meinungen in dieser Hinsicht noch geteilt (Hirschberg, Holtske und Schoen stellen diese Wirkung in Abrede), aber selbst diese Nebenwirkung zugegeben (Blendung, Schlechtsehen bei Nahearbeiten und Mikropsie), ist sie deswegen vollständig belanglos, weil doch die kokainisierten Augen durch den Krankheitsprozeß als solchen, wenn nicht länger, so jedenfalls für die kurze Dauer der Kokainwirkung arbeitsunfähig sind.

ad 4. Der schädliche Einfluß des Kokains auf das Hornhautepithel steht außer Frage: Die Herabsetzung des reflektorischen Lidschlages, die sekretionsbeschränkende Wirkung des Kokains führt zur Austrocknung des Epithels (das läßt sich aber durch Geschlossensein der Lider verhüten), die direkte Giftwirkung auf das Protoplasma führt zur Zellendegeneration (diese Wirkung läßt sich durch möglichste Abkürzung der Instillations- und Operationsdauer auf ein Minimum herabbringen). Diese schädliche Einwirkung auf die Kornea ist übrigens keine bleibende, die beobachteten bleibenden parenchymatösen Trübungen sind Folgen der gleichzeitigen Anwendung von Sublimatlösung u. dgl.

ad 5. Im normalen Auge folgt auf eine unbedeutende, rasch vorübergehende Steigerung eine länger dauernde Herabsetzung des intraokularen Druckes. Man hat diese Herabsetzung des intraokularen Druckes als schädlichen Einfluß auf den Heilungsvorgang bei Hornhautwunden verantwortlich zu machen versucht, jedoch mit Unrecht, wie das speziell Dalèn nachgewiesen hat. Beim Glaukom und dazu disponierenden Individuen heißt es, mit dem Kokain jedenfalls vorsichtig sein, als Therapeutikum es nicht geben, vor der Anwendung als Anästhetikum Miotika instillieren.



ad 6. Durch Kochen bei Siedehitze erfolgt eine Spaltung des Kokains in Methylalkohol, der sich verflüchtigt, und Ekgonin, welches keine anästhesierende Fähigkeit besitzt. Aber auch dem kann man vorbeugen: immer frische Lösungen anwenden oder aber konzentrierte Lösungen leicht, will sagen kurze Zeit kochen, dadurch wird die Lösung sterilisiert, wohl aber weniger konzentriert sein.

Die Ersatzmittel anlangend, wissen wir, daß einige dieser Mittel ihre Hauptwirkung in einer ganz anderen Richtung entfalten und nur ganz nebenbei lokalanästhesierend wirken (Chloralhydrat, Yohimbin), andere wieder wirken hauptsächlich als Analgetika (Dionin, Kodein, Akoin). Als wirkliche Anästhetika kommen neben dem Kokain nur folgende Ersatzmittel in Betracht: Tropakokain, Holokain, Eukain, Stovain, Alypin und Novokain.

Die dem Tropakokain nachgerühmten besonderen Vorzüge haben sich zum Teil als unhaltbar, zum Teil als unbedeutsam erwiesen, dagegen steht fest, daß schon eine 3—5%ige Lösung heftiges Brennen, Tränen und Injektion verursacht und daß diese unangenehme Nebenwirkung selbst durch Zusatz von 0·8%iger Na Cl-Lösung (von R o g m a n empfohlen) nicht immer schwindet. Das Tropakokain gehört jetzt in der Augenheilkunde zu den obsoleten Mitteln.

Nach genauer Prüfung lassen sich die Vorzüge des Holokains wie folgt zusammenfassen: Es läßt Pupille, Akkomodation und intraokularen Druck unbeeinflußt, die wässerige Lösung läßt sich durch Kochen sterilisieren; es wirkt übrigens das Holokain von selbst keimtötend, so daß die Sterilisierung überflüssig ist, aber dafür reizt es das Auge sehr und ist um das Fünffache giftiger als Kokain. Die Nachteile überwiegen daher die Vorteile.

Das β-Eukain ist wegen der großen Reizerscheinungen und der Unvollkommenheit seines Anästhesierungsvermögens gänzlich unbrauchbar. Das β-Eukain übt keinen Einfluß auf Pupille, Akkomodation und intraokularen Druck, schädigt nicht das Kornealepithel, die Lösungen lassen sich sterilisieren; allein die Instillation des Eukains verursacht starkes Brennen, Rötung, Tränen, seine anästhesierende Wirkung, der des Kokains nahezu gleichwertig, läßt sich durch Kombination mit Adrenalin nur sehr wenig, beim Kokain hingegen bedeutend steigern. Das Eukainum muriat. ist in Wasser nur schwer löslich, das essigsaure β-Eukain und das milchsaure Eukain ist wohl löslich, verursacht aber starkes Brennen.

Das Stovain hat nebst seinen Vorzügen den Nachteil, daß es, in den erforderlichen Dosen gebraucht, mehr toxisch ist als das Kokain, wenn es auch, relativ genommen, also in kleinen Dosen, weniger toxisch ist; überdies hebt es die Suprareninwirkung vollständig auf, es verträgt sich nicht mit Alkalien und Alkaloidreagenzien, mit Sublimat, Jod, Quecksilber und Quecksilberjodid. Es erzeugt Brennen und Bindehauthyperämie.

Das Alypin ist „ein ganz brauchbares und schätzenswertes Präparat, welches im begrenzten Gebiete nicht ohne Aussicht auf Erfolg mit dem Kokain in den Wettkampf treten darf, keineswegs aber das ideale Ersatzmittel des Kokains ist oder gar das Kokain je zu verdrängen imstande sein wird". Seiner hyperämisierenden Wirkung wegen ist es indiziert als Unterstützungsmittel der Dionintherapie, wegen seiner geringen Giftigkeit und leichten Sterilisierbarkeit kommt seine Anwendung bei subkutanen Injektionen in Betracht.

Das Novokain zeichnet sich durch absolute Reizlosigkeit und durch das Ausbleiben jeder Hyperämie aus. Man kann es in beliebig starker Lösung selbst in Pulverform ohne jeden Schaden in den Bindehautsack, ja auf die Kornea applizieren, es ist auch nur wenig giftig, übt auf Pupille, Akkomodation und intraokularen Druck keinen Einfluß. Seine anästhesierende Fähigkeit steht aber hinter der des Kokains: sie ist geringer und flüchtiger.

Die hohe anästhesierende Kraft, die beschwerdelose, leichte, bequeme Handhabung, diese großen Vorzüge überwiegen lange die geringen, leicht zu vermeidenden Nachteile des Kokains, es ist keinem der bisher bekannt gewordenen sogenannten Ersatzmittel des Kokains gelungen, sich allgemeine Geltung zu verschaffen — alle

haben sie geringe Vorteile gegenüber großen Nachteilen, keines kann das Kokain, derzeit das souveräne Lokalanästhetikum in der Augenheilkunde verdrängen. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 45, 1906.)

Gynäkologie.

Die Mängel unseres Sterilisierungsverfahrens des Geburtskanals und Vorschläge zu deren Verbesserung. Von Dr. W. Kühl. Ref. G. Wiener, München.

Vf. verwirft energisch alle Ausspülungen der Scheide mit schwachen Lösungen, Salz- oder sterilem Wasser während der Geburt, da durch dieselben schwerer Schaden entstehen kann, während die desinfizierende Kraft gleich Null ist. Stärkere Lösungen können die Desinfektionskraft erhöhen, können aber Intoxikationsgefahr mit sich führen. Das Gleiche gelte auch für Scheidenauswaschungen. Jedenfalls soll bei erweiterter Zervix und abgeflossenem Fruchtwasser keine Spülung vorgenommen werden. Der Vf. verwendet statt derselben eine kurze antiseptische Tamponade. Eine Anzahl in Sublimatlösung bereitstehender 8 cm langer und 3 cm dicker Wattetupfer — mäßig ausgedrückt — werden in die Scheide eingeführt und so verteilt, daß sie dieselbe vollständig ausfüllen. In gleicher Weise wird die Uterushöhle nach der Geburt sterilisiert. Ein in Sublimatlösung (1 : 1000) bereit liegender Jodoformgazestreifen wird mäßig ausgedrückt so eingeführt, daß er allseitig mit den Uteruswänden in Berührung kommt. Der Vf. hat letzteres Verfahren 300mal ausgeführt, ohne je die leiseste Intoxikationserscheinung zu sehen. Wochenbetterkrankungen sind ihm seit dieser Methode unbekannte Dinge. — (Wien. klin. Rundsch., Nr. 22 und 23, 1906.)

Ein neuer Uterusspülkatheter. Von Dr. Gutbrud, Heilbronn. Ref. G. Wiener, München.

Am idealsten arbeitet es sich nach Ansicht des Vfs. immer noch mit dem Winterschen biegsamen Zinnrohr; jedoch habe auch dieses nur Erfolge, wenn das Cavum uteri etwas größer ist, als der Durchmesser des Rohres. Um diesem Mangel abzuhelfen, ließ Vf. von der Firma Haukh in Stuttgart ein Rohr mit vier Längsrillen herstellen, mit welchem man in der Lage ist, nach Erweiterung mit dem Schröderschen Dilatator den Uterus bequem auszuspülen. Das Instrument ist aus Hartmetall hergestellt und vereinigt durch eine vordere und zwei seitliche Oeffnungen die beiden bisher üblichen Formen. Zwei Illustrationen erklären die Beschreibung. — (Zentralbl. f. f. Gynäk., Nr. 45, 1906.)

Röntgenbestrahlung wegen starker, durch Myome hervorgerufener Menorrhagien. Von Dr. Görl, Nürnberg. Ref. G. Wiener, München.

Faveau de Courmelles veröffentlichte am 15. Juni 1906 einen Bericht über 45 an Myomen leidende und mit Röntgen-Strahlen behandelte Fälle. Die Tumoren wurden kleiner und die Blutungen schwächer, ja sie verschwanden sogar völlig.

Bezugnehmend darauf bespricht Vf. einen eigenen Fall:

Eine 40jährige Frau litt infolge von Myomen an kolossal starken Blutungen, welche weder auf Bettruhe, noch auf 50 Injektionen von Hydrastispräparaten sistierten. Da die Patientin eine Bluterin ist, konnte an einen operativen Eingriff nicht gedacht werden.

Am 3. Jänner 1906 wurde mit den Bestrahlungen begonnen, und zwar mit harten Röhren, und in der Weise, daß drei Bestrahlungen von der Bauchseite und zwei von der Rückenseite gegeben wurden. (Dauer je 10 Minuten.) Die 13 ersten Bestrahlungen waren ohne Erfolg. Nach der 22. Sitzung wurden die Blutungen schwächer, nach der 30. war die Bettruhe nicht mehr erforderlich, nach nochmaligen acht Sitzungen konnte die Dame Gebirgshochtouren machen und Schwimmbäder nehmen, ohne daß sich stärkere oder länger andauernde Blutungen zeigten. Vorsichtshalber wurde dann noch fünfmal, also im ganzen 43mal bestrahlt. Deutlich konnte nunmehr auch ein Kleinerwerden des Myoms wahrgenommen werden, das Befinden der Dame ist ausgezeichnet, Ausfallserscheinungen oder Hautentzündungen traten niemals auf.

Nach Ansicht des Vfs. sind jedoch nicht nur die Myome der Behandlung zugänglich, sondern auch die Ovarialerkrankungen, in denen sich der Chirurg nur schwer zum Eingriff entschließt, z. B. bei Herz- und Nierenerkrankungen. — (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 43, 1906.)

Ueber Versuche von Einwirkung der Röntgen-Strahlen auf Ovarien und den schwangeren Uterus von Meerschweinchen. Von Dr. Lengfellner, Berlin. Ref. G. Wiener, München.

Vf. benützte nur Tiere, die kurz vor dem Gebären standen, höchstens 2—3 Tage davor. Die Beleuchtung wurde 20 bis 60 Minuten lang vorgenommen, und während vorher das Leben der Früchte genau fühlbar war, waren dieselben nachher entweder gleich tot oder gingen sofort zugrunde (je nach der Dauer der Bestrahlung). Der Einfluß der Röntgen-Strahlen auf die lebende Frucht steht also sicher fest: lange Bestrahlung ist imstande, die Frucht zu töten; kürzere hat einen wesentlichen Einfluß auf die Lebensfähigkeit. Ist dieser Umstand auch auf den Menschen zu übertragen, so wäre er im Hinblick auf den dadurch hervorzurufenden künstlichen Abort, bei dem das Gesetz nur sehr schwer auf seine Rechnung kommen dürfte, von der allergrößten Bedeutung.

Bei der Beleuchtung auf die Ovarien hat der Vf. bei schwangeren und nicht schwangeren Tieren Veränderungen gefunden. Auf den Menschen übertragen, ließe sich daraus der Schluß ziehen, daß im letzteren Fall durch kürzere, öfters wiederholte Beleuchtung zeitweise oder vollkommene Sterilität, im ersteren, außer der Tötung der Frucht, bleibende Sterilität die Folge sein könnte. Immerhin ist dies aber in Bezug auf den Menschen noch eine Hypothese. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 44, 1906.)

Geburtshilfe.

Tuberkulose und Schwangerschaft. Von E. Favre-Thomas. Ref. Fritz Loeb, München.

Vf. steht im Widerspruch mit den meisten Autoren, wenn er der Schwangerschaft nicht nur keinen schädlichen Einfluß auf die Entwicklung einer bestehenden Tuberkulose zuschreibt, sondern sogar Ausheilungen (und Stationärbleiben) konstatiert. Die Schwangerschaft soll man nicht unterbrechen, gleichgiltig, wie der Lungenbefund ist. — (Thèse de Paris, 1905.)

Skopolamininjektionen bei der Hyperemesis gravidarum und sonstigem, vom Uterus ausgehenden Erbrechen. Von Gasca und Diez. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die Anzahl der Mittel, die gegen das Schwangerschaftserbrechen empfohlen werden, wird von Gasca und Diez durch ein neues vermehrt, das Skopolamin. Verwendet wurde stets das Scopol. hydrobrom. Merck 1:1000, meist verbunden mit Morphin. 1‰. Das Resultat war in neun Fällen konstant das, daß schon die erste Injektion eine wesentliche Besserung herbeiführte, und daß das Erbrechen unter weiteren Injektionen in wenigen Tagen völlig verschwand. Man kann das Skopolamin ohne jede Besorgnis anwenden; selbst in Fällen, in denen die Frauen schon sehr geschwächt waren, sahen die Vf. nie irgend einen unangenehmen Zufall. Man gibt am besten zweimal täglich $^1/_2$—1 mg; das Morphium fügt man zweckmäßig hinzu, um die erregende Wirkung des Medikaments abzuschwächen. Die Resultate der Vf. legen jedenfalls nahe, das Skopolamin in hartnäckigen Fällen von Schwangerschaftserbrechen zu versuchen. — (R. Accad. di Med. di Torino, 20. Juli 1906; Il Morgagni, Rio Nr. 42, 1906.)

Ueber Fieber im Wochenbett. Von Dr. Thies, Leipzig. Ref. G. Wiener, München.

Seit Jahren schwankt die Mortalitätsziffer in der Leipziger Frauenklinik zwischen 0·1 und 0·3%.

Seit dem Jahre 1903 werden alle Wöchnerinnen ausgetupft, und zwar nach folgendem Verfahren: Es wird frühestens 4 Stunden, oft auch bis 10 Stunden, nach der Geburt die Vagina durch ein Trelatspekulum entfaltet und dann werden die Blutkoagula mit Tupfern aus der Scheide entfernt. Der Tupfer darf die Haut beim Einführen nicht berühren. Die Maßnahme

macht nicht die geringsten Beschwerden und wird mit Handschuhen ausgeführt. Im Jahre 1904 fieberten noch 15·4% aller Frauen, 1902 sogar über 17·4%, 1905 nur mehr 13·3%. Durch das Austupfen werden die natürlichen Schutzvorrichtungen des Körpers, die beim Spülen mit Wasser alteriert werden können, nicht geschädigt, denn das saure Vaginalsekret dient zum Selbstreinigen und eine gewisse Bakterienflora ist für die Trägerin nicht nur nicht pathogen, sondern im Gegenteil ein Schutz gegen die Invasion pathogener Keime. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 43, 1906.)

Kaiserschnitt bei Myom. Von Alfred Kiebsch, Berlin. Ref. G. Wiener, München.

Gerade ältere Frauen mit Myomen konzipieren oft in auffälliger Weise, weshalb Hofmeier glaubt, Myome seien für die Konzeption als begünstigendes Moment anzusehen. Von einem nennenswerten Einfluß derselben auf Gravidität und Geburt kann dagegen kaum die Rede sein. Deshalb sind fast alle Geburtshelfer der Ansicht, in einschlägigen Fällen ein abwartendes Verfahren einzuschlagen, indem man das Kind austragen läßt und bei nötig werdenden operativen Eingriffen das Ende der Schwangerschaft oder des Wochenbettes abwartet.

Isolierte Laparato-Myotomien unter der Geburt sind äußerst selten, meistens tritt an ihre Stelle Sectio caesarea mit oder ohne Myotomie mit nachfolgender Totalexstirpation oder supravaginaler Amputation. Die Sectio mit nachfolgender Kastration ist besonders dort indiziert, wo die Entfernung des Tumors wegen Verwachsungen nicht möglich ist.

Unter 100 von Leopold und Haake zusammengestellten Kaiserschnitten war nicht einer wegen eines die Entbindung per vias naturales unmöglich machenden Myoms, und unter 7533 Geburten der Würzburger Klinik fanden sich nur drei derartige Fälle. Unter 118 in der Berliner Frauenklinik in den letzten 20 Jahren ausgeführten Kaiserschnitten kam obige Komplikation nur sechsmal vor. Der Vf. beschreibt genau Anamnese und Krankheitsverlauf dieser sechs Fälle, von denen drei letal endeten, und fügt noch 41 Fälle aus der Literatur seit 1900 an. — (Inaug.-Diss., Berlin 1906.)

Pubiotomie und künstliche Frühgeburt. Von H. Fehling, Straßburg. Ref. G. Wiener, München.

Die Gegner der künstlichen Frühgeburt suchen den Ersatz derselben teils in der Pubiotomie, teils in Symphyseotomie und Kaiserschnitt. Erstere ist weniger gefährlich als letztere, Blasen- und Weichteilverletzungen kommen weniger häufig vor und die Blutungen sind nicht so profus. Leider sind aber auch hier Todesfälle für Mutter und Kind nicht ausgeblieben, und die Prognose ist für die Mutter ungünstiger wie bei der künstlichen Frühgeburt. Bekanntlich ist die exakte Feststellung des Zeitpunktes zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt sehr schwierig. Der Rahmen ist ein sehr enger, zwischen der 35. und 37. Woche. Lieber warte man noch länger, und stellen sich Gefahren für Mutter und Kind ein, so erweitere man das Becken künstlich, falls Zange oder Wendung nicht anwendbar sind. Die Pubiotomie bietet manche Schwierigkeit; vielleicht bringt die Zukunft eine Vereinfachung der Technik (eventuell ist die subkutane Methode nach Bum und Malcher die der Zukunft). Der Vf. tritt dafür ein, die künstliche Frühgeburt beizubehalten und die Pubiotomie als Ersatz für die Perforation des lebenden Kindes und als Konkurrenzoperation des Kaiserschnittes zu betrachten. Die Devise des Geburtshelfers soll also lauten: Nicht Pubiotomie oder Frühgeburt, sondern Pubiotomie und Frühgeburt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 48, 1906.)

Ueber die Pubiotomie als entbindende Operation. Von Maximilian Braunert. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. berichtet über neun Fälle von Pubiotomie aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin und fügt den 85 bisher veröffentlichten Fällen noch 21 weitere aus der Literatur hinzu. In keinem der beobachteten Fälle ließ sich nach erfolgter Heilung eine Gehstörung konstatieren, ein nicht unerheblicher Vorzug ge-

genüber den oft mangelhaften Resultaten der Symphyseotomie. Während es bei letzterer oft nur zu einer fibrösen Verbindung der Schamfuge kommt, die die Operierte zeitlebens in ihrer Bewegungsfähigkeit stark beeinflußt, kommt es bei der Pubiotomie stets durch Callusbildung zu einer festen Konsolidation des Beckens. Auf 115 Pubiotomiefällen kommen 7 Todesfälle = $6^2/_3$% gegenüber 11% bei der Symphyseotomie. Einen wesentlichen Fortschritt in der Technik bringt die sogenannte subkutane Pubiotomie nach Döderlein, nach der die meisten Fälle von Olshausen operiert worden sind. Bei der Durchsägung des Knochens ist darauf zu achten, daß sämtliche Bandmaße, die den Knochen überspannen, durchsägt werden, sonst kann das Mißgeschick eintreten, daß, trotzdem der Knochen vollständig durchsägt ist, der Beckenring nicht klafft, da die die Knochenspalte straff überspannende Bandmasse der Erweiterung einen unüberwindlichen Widerstand leistet. Die Pubiotomie wird stets eine spezialistische Operation und eine Domäne des Krankenhauses bleiben. — (Diss., Berlin 1906.)

Ueber Dauerresultate der operativen Behandlung der Extrauteringravidität. Von Dolgow. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. hat bei 22 Frauen aus der Jenenser Frauenklinik, die sämtlich wegen Extrauteringravidität laparotomiert würden, Nachuntersuchungen angestellt. 14mal sind Hämatokelenbildungen vorgekommen, ohne solche sind acht Fälle verlaufen. Die Zeit vom Tage der Operation bis zur Entlassung betrug durchschnittlich 25 Tage. Vollständig arbeitsfähig sind 13 Frauen = 59%, leichte Arbeit können verrichten (Hausarbeit) 4 Frauen = 18·1%, es fühlen sich wohl, gelegentlich Beschwerden 3 Frauen = 13·6%, arbeitsunfähig sind 2 Frauen = 9%. Diese Resultate sind günstiger als diejenigen, welche manche Autoren bei Zusammenstellung von konservativ behandelten Fällen von Extraunteringravidität gewonnen haben. Die geringe Zahl der Fälle erlaubt jedoch noch nicht, einen bindenden Schluß über den Vorzug der operativen Therapie der ektopischen Schwangerschaft vor der konservativen zu ziehen. — (Diss., Jena 1906.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Ein Vorschlag zur Frühbehandlung des syphilitischen Primäraffektes mit Quecksilberinfiltration und Kauterisation.[1] Von Dr. Artur Strauß, Barmen. (Autoreferat.[2])

Erörtert man die Frage, ob die Zerstörung des Primäraffekts das syphilitische Gift noch im Keime zu ersticken vermag, so müssen wir zunächst festzustellen suchen, ob eine gewisse Zeit und wie lange das Virus auf die Invasionsstelle und ihre nächste Umgebung beschränkt bleibt. Die erste Frage kann nur dadurch gelöst werden, daß man ermittelt, ob es in der Initialperiode, also in dem Zeitpunkte vom Beginn der Infektion bis zum Ausbruch der Roseola noch möglich ist, eine Autoinokulation des Virus zu erzielen. Denn wir wissen, daß das Syphilisvirus, wenn es konstitutionell geworden ist, das Blut gegen eine zweite Infektion wenigstens relativ immun macht. Diese Frage dürfen wir als im positiven Sinne gelöst betrachten, denn eine große Zahl von zweiten Impfungen hat erwiesen, daß im Initialstadium ein zweiter Schanker an demselben Individuum erzeugt werden kann. Auch bei Neißers Versuchen zur Uebertragung der Syphilis hat sich im Einklang mit den Ergebnissen anderer Autoren (Metschnikoff und Roux, Finger und Landsteiner) gezeigt, daß an Affen positive (neben negativen) Ueberimpfungen möglich sind. Finger und Landsteiner erhielten positive Resultate noch bei der Impfung am fünften Tage nach dem Auftreten des Primäraffekts.

Die Exzision des Schankers würde nun die radikalste Methode sein, wenn man sicher durch sie das Virus völlig eliminieren könnte. Diese Gewißheit ist aber in den meisten Fällen schon deshalb nicht vorhanden, weil die Kranken in der Regel

---

[1]) Siehe Dermatol. Zentralbl. Nov. 1906.

[2]) Auf unseren besonderen Wunsch vom Vf. zur Verfügung gestellt. Red.

viel zu spät in die ärztliche Behandlung treten. Es erscheint schon zweifelhaft, daß eine etwa eine Woche nach der Infektion vorgenommene Exzision oder Kauterisation noch mit Erfolg in abortivem Sinne ausgeführt werden kann, falls ihre Feststellung in dieser Zeit schon möglich wäre, auch bei günstigster Lage des Primäraffekts und Fehlen jedweder Skleradenitis. Denn aus Neißers Mitteilungen wissen wir, daß Exzisionen, die acht Stunden nach der Impfung an Affen vollzogen wurden, den Ausbruch der Allgemeinerscheinungen nicht mehr zu verhindern vermochten. Damit ist unsere zweite Frage, wie lange das Virus auf den Primäraffekt selbst beschränkt bleibt, wenigstens dahin beantwortet, daß wir auch beim Menschen eine schon in den ersten Tagen sich vollziehende Ueberwanderung der Spirochäten vom Infektionsherd in das nächstgelegene Lymphsystem annehmen müssen.

Aber auch vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus müssen die Aussichten einer Kauterisation oder Exzision sehr geringe sein, denn die syphilitische Erkrankung erstreckt sich schon früh über den nachweisbaren Herd hinaus. Trotz scheinbar normaler Beschaffenheit findet man in der Umgebung des Primäraffekts ausgedehnte subkutane Veränderungen. Das Infiltrat erstreckt sich schon frühzeitig in Form von Bändern und Zügen aus hypertrophischem fibrillären Bindegewebe von der Sklerose aus so weit zwischen sonst normales, daß man gar nicht weit genug exzidieren könnte, um alle Herde zu entfernen. Auch muß man in Betracht ziehen, daß die großen Lymphgefäße des Penis nicht nur auf dem Dorsum, sondern auch auf der Seite verlaufen, und daß sie nicht nur in das Lymphdrüsensystem der Leistengegend, sondern auch unter dem Poupartschen Band direkt in die Bauchhöhle eindringen. Das Virus kann daher die oberflächlichen Drüsen unversehrt lassen, aber in die der Bauchhöhle bereits eingedrungen sein. Auch die positiven Impfungen, die Finger und Landsteiner an Affen mit Kubitaldrüsen vornahmen, zeigen, daß schon vier Wochen nach der Infektion das Gift nicht mehr auf die Sklerose und deren unmittelbare Umgebung beschränkt ist. Unter solchen Umständen würde selbst die Exzision des Schankers und der Leistendrüsen das Virus nicht mehr zur Elimination bringen.

Wir müssen infolge dessen annehmen, daß die Exzision oder die Kauterisation des Primäraffekts, wenn auch so früh wie möglich vorgenommen, nur höchst selten ein positives Ergebnis in rein abortivem Sinne haben kann (v. Düring nimmt in 99% der Fälle ein negatives Resultat an). Damit erscheint aber die Aussicht nicht verschlossen, daß es andere Mittel und bessere Wege geben müsse, die über den eigentlichen örtlichen Herd der Infektionsstelle hinaus das Virus in seiner weiteren Umgebung, auch in den schon erkrankten Lymphbahnen und den oberflächlich und tiefgelegenen Lymphdrüsen, noch energisch zu treffen vermögen, Mittel, die uns gestatten, den noch schlummernden Feind, ehe er seinen allgemeinen Angriff von den Drüsen aus auf das Blutsystem vornimmt, mit einem schnellen, energischen Vorstoß wieder zu vernichten oder doch so unschädlich zu machen, daß ihm sein bösartiger Charakter genommen wird.

Auch nach den neueren Untersuchungen dürfte es außer Zweifel sein, daß in den dem Primäraffekt zunächst gelegenen Drüsen, insbesondere den Leistendrüsen, das Vordringen der Spirochäten einige Zeit aufgehalten wird. Wie bei anderen Infektionskrankheiten das Drüsensystem die hauptsächlichste Bildungsstätte der bakteriolytischen Antikörper darstellt, so dürfen wir dasselbe auch bei der Syphilis annehmen. Die Lymphdrüsen bilden das Filter, welches die Spirochäten eine Zeitlang zurückhält. Während dessen vermitteln sie den Uebertritt der aus ihren Körpern frei werdenden bakteriziden Stoffe in die Blutbahn. Die Bildung dieser Antikörper muß naturgemäß um so ausgiebiger erfolgen, je langsamer die Resorption der Spirochäten auf dem Wege vom Primäraffekt bis zu den nächsten Lymphdrüsen und von hier in die Blutbahn von statten geht.

Auf der anderen Seite müssen wir die

mit den ersten Eruptionen besonders stark sich geltend machende Endotoxinschädigung der Spirochäten auf die Zellen des Organismus herabzusetzen suchen. Denn die Entstehung der schweren Spätformen ist in erster Linie von dieser Giftwirkung der Endotoxine auf die Zellen abhängig. Unser therapeutisches Bestreben muß also darauf gerichtet sein, frühzeitig einerseits die Spirochätenmasse im Primäraffekt und dem ihn umgebenden Lymphsystem, sofern die völlige Vernichtung nicht mehr möglich ist, zu verkleinern, anderseits die Bildung bakterizider Stoffe nach Möglichkeit auszunutzen.

Jenes können wir durch die Infiltration des Primäraffekts und der ihm zunächst gelegenen Lymphbahnen mit Quecksilber erreichen, von dessen spezifisch-toxischer Wirkung wir durch immer wieder sich bestätigende augenfällige Heilwirkungen, nicht in letzter Linie auf nur langsam heilende Primäraffekte, überzeugt sind, und zwar am sichersten, wenn wir die Exzision oder — einfacher — die Kauterisation (durch Kaustik oder heiße Luft) des eigentlichen Herdes anschließen. Die andere Bedingung glaube ich dadurch erfüllt zu sehen, daß wir die bakterizide, durch Suprarenin gesteigerte resorptionshemmende Kraft des Oedems und die entzündungswidrige der Anästhesie zu Hilfe nehmen.

Durch die Arbeiten B i e r s wissen wir, daß das Oedem, die vornehmlichste Begleiterscheinung der Entzündung, ihr wichtigstes Unterstützungsmittel in dem Kampfe gegen eingedrungene Gifte ist. Nachdem schon Z i m m e r m a n n natürliche frische Oedeme selbst bei schwersten Infektionskrankheiten steril befunden und N ö t z e l an Tieren gezeigt hat, daß das Stauungsödem im Sinne B u c h n e r s, H a h n s u. a. durch Konzentration der Alexine, also mit den natürlichen, auf künstlichem Wege auf ein umschriebenes Gebiet konzentrierbaren Schutzwaffen des Körpers bakterizid wirkt, wies auch E u g e n J o s e p h die entgiftende Wirkung der Oedeme durch Tierexperimente nach. Die Natur selbst hilft sich bei örtlichen Vergiftungen ohne bakterielle Infektion, wie beim Insektenstich und beim Schlangenbiß, aber auch bei bakteriellen Erkrankungen, z. B. beim Milzbrand, durch Oedembildung. Die Bakterien können in den Giftlösungen, die sie sich selbst bereitet haben, nicht leben; sie werden durch das Oedem auf ihren primären Angriffsherd beschränkt. Die Stauungsödeme wirken als Giftlösungen.

J o s e p h zeigte sodann, daß neben dieser direkten, diluierenden Wirkung des Oedems noch eine indirekte, absorptionshemmende sich geltend macht.

Als künstliche Mittel, um bei Oedemen die zirkulationsbeengende Wirkung zu verstärken und so eine Verlangsamung des Lymphstromes herbeizuführen, stehen uns die Nebennierenpräparate zur Verfügung.

Beim Penis ist es von vornherein ausgeschlossen, die entgiftende Wirkung des Oedems etwa durch Bindenstauung zu erhöhen. Eher ließe sich schon die Saugmethode benutzen. Aber die Länge der Zeit, die für die hier in Betracht kommenden Zwecke nötig erscheint, würde schon ihre Anwendung ausschließen. Einfacher kann diese Frage dadurch gelöst werden, daß man den Mitteln, die zur Infiltration benutzt werden, Suprarenin oder Adrenalin hinzusetzt, Mittel, welche durch ihren gefäßverengernden und den Lymphstrom verlangsamenden Einfluß die Resorption des örtlich noch ruhenden Virus hemmen, zugleich aber die antibakteriellen Stoffe längere Zeit und intensiver auf die hier angehäuften Keime einwirken lassen, also die entgiftende Wirkung des Oedems erhöhen. Es war weiterhin von Wichtigkeit, die Schmerzhaftigkeit der Injektion und die Empfindlichkeit der entzündeten Gewebe möglichst herabzusetzen. Wie es schon bei der Stauungshyperämie eine Vorbedingung für deren günstige Wirkung ist, daß sie die Schmerzen lindert, so erschien es mir auch bei meinem Verfahren wichtig, die Schmerzen auszuschalten und die gesteigerte lokale Erregbarkeit herabzusetzen; denn aus den Darlegungen von R o s e n b a c h und S p i e ß über die Anästhesierung in der Entzündungstherapie wissen wir, daß die Anästhesierung auch einen entzündungswidrigen Einfluß ausübt. Furunkel z. B. bilden sich zurück, wenn man sie

nach Schleich infiltriert. In zweiter Linie dient der Zusatz eines Anästhetikums zur möglichst schmerzlosen Ausführung der Kauterisation.

Ich habe nun zunächst eine Reihe von Versuchen gemacht, die darauf hinzielten, die Wirkung verschiedener Hg-Lösungen, bezw. Suspensionen zu erkennen. Zunächst benutzte ich das Sublimat und Hydrargyrum salicylicum. Als bestes Anästhetikum erwies sich das Novokain.

Die Resultate mit der Sublimatlösung befriedigten mich keineswegs. Da sie eine starke Affinität zu den Eiweißkörpern hat, so wirkt sie leicht ätzend und in der Tat sah ich bei ihrer Anwendung jedesmal oberflächliche Nekrosen auftreten.

Ich versuchte weiterhin eine mit Vasenolum liquidum hergestellte Suspension.

Nach weiteren Versuchen mit verschiedenen löslichen Quecksilbermitteln gelangte ich schließlich zu einer Lösung, die allen Bedingungen entsprechen dürfte. Es ist eine 1%ige Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum. Dieses Mittel ist von etwa gleicher Stärke wie das Sublimat, reizt aber viel weniger stark, weil es sich mit dem Eiweiß weniger energisch verbindet. Die Lösung hat sodann die besonders wichtige Eigenschaft, daß sie einen Novokainzusatz von 4% und darüber aufnimmt, und außerdem noch Kochsalz und Suprarenin oder Adrenalin. Die Formel lautet also:

Hydrargyr. oxycynat.	1·0
Novocain.	4·0
Natr. chlorat.	0·2
Sol. Suprarenini (1:1000)	gtt. II
Aq. dest.	ad 100·0

Diese unbegrenzt haltbare, sterilisierbare Lösung ruft bei Injektion von 1—2 g kein stärkeres Oedem hervor, als es bei der Braunschen Anästhesie erzielt wird und gestattet, wie ich gleichmäßig in einer größeren Anzahl von Fällen konstatieren konnte, die fast völlig schmerzlose Vornahme der Kauterisation. Das Oedem bildet sich verhältnismäßig rasch zurück und die Geschwüre heilen schnell. Man kann auch einen geringeren Zusatz von Hydrargyrum oxycyanatum nehmen, z. B. $^1/_2$% und entsprechend mehr einspritzen. Man erreicht so eine noch stärkere Anästhesie.

Ueber die mit Hydrargyrum oxycyanatum-Infiltration und Kauterisation behandelten Fälle soll später berichtet werden.

Die Methode ist sehr einfach in der Sprechstunde durchzuführen. Zunächst suche man den Nachweis der Spirochäten zu erbringen. Nach sorgfältiger Desinfektion spritzt man die Lösung nach Art der Schleichschen Infiltration unter das Ulkus, wartet einige Minuten und kauterisiert. Dann bedeckt man die kauterisierte Stelle mit einem Streupulver und Dermatol- oder einer anderen Gaze, die man mit 3%iger Kollargollösung tränkt, und läßt ein Suspensorium mit Klappe tragen. Zu Hause läßt man fleißig baden und 1%ige Kollargollösung aufgießen. Bei Frauen nimmt man eine T-Binde.

Bei Phimose kann unter Anwendung einer $^1/_4$%igen Lösung die Operation mit der Infiltration und Kauterisation verbunden werden.

Irgend ein Urteil über den Wert der Methode abzugeben, bin ich noch nicht in der Lage. Aufschluß darüber kann nur eine große Zahl von Fällen nach jahrelanger Beobachtung ergeben. Mir kommt es zunächst nur darauf an, durch meine Mitteilung eine Anregung zur Prüfung der Infiltrationsmethode in Verbindung mit der Kauterisation zu geben. Ich empfehle in erster Linie die Anwendung des Hydrargyrum oxycyanatum. Vor allem möchte ich diese Bitte auch an diejenigen Forscher richten, die in der Lage sind, an einem großen Affenmaterial experimentelle Forschungen anzustellen. Denn nur durch eine große Versuchsreihe an Tieren läßt sich die Methode gründlich prüfen. Es wäre z. B. festzustellen, ob und in welcher Zeit nach der Infiltration Sekundärerscheinungen auftreten, ebenso nach der Infiltration in Verbindung mit der Kauterisation. Ferner ob sich Abweichungen in der Form, Lokalisation und in dem Verlauf der Eruptionen, in der Schnelligkeit des Eintretens und Verschwindens der Generalisation, sowie Veränderungen der Giftigkeit und der Entwicklungsstufen der Infektionsträger zeigen. Je milder und lokalisierter die ersten

Eruptionen auftreten, umsoweniger dürften die Gewebe unter der Giftwirkung der sekundären Periode leiden, umsomehr würde die Ursache für die Entstehung der Späterkrankungen ausgeschaltet. Aehnliche Feststellungen wären auch beim Menschen notwendig. Es erscheint mir nicht ausgeschlossen, daß man auf dem von mir geschilderten Wege, sofern der Eingriff noch in den ersten zwei Wochen nach der Infektion erfolgen kann, abortiv auf die Syphilis wirken kann. Wird diese Möglichkeit auch nur in einer kleinen Zahl der Fälle gegeben sein, so dürften wir doch stets in der Lage sein, dem Infizierten vor dem Ausbruch der Allgemeinerscheinungen dadurch einen großen Nutzen zu erweisen, daß wir durch die hier vorgeschlagene Frühbehandlung mit Hydrargyrum oxycyanatum den Verlauf der Syphilis mildern und sie ihrer schweren späteren Schädigungen auf das Stütz-, Nerven- und Bindegewebe entkleiden. So lange wir freilich keinen klaren Aufschluß über den Wert der Methode haben, der durch Experimente an Affen schnell gewonnen würde, dürfen wir auf die dem einzelnen Falle entsprechende Nachbehandlung nicht verzichten. Hoffentlich können uns bald auch Blutuntersuchungen, bezw. die Serodiagnostik über deren Notwendigkeit und Dauer präzise Anhaltspunkte bieten.

Immerhin dürfte die Methode, wenn sie weiter ausgebildet ist, die Therapie des Primäraffekts von dem schwankenden Boden, auf dem sie bisher stand, befreien und sie auf eine feste Grundlage stellen können. Widerspricht es nicht jeder Logik, wenn wir heute noch, nachdem wir durch Schaudinns und Hoffmanns Entdeckung, die einen Markstein in der Geschichte der Syphilis bildet, den Syphiliserreger kennen gelernt haben, unseren Kranken sagen: „Sie haben sich, wie die mikroskopische Untersuchung ergeben hat, syphilitisch infiziert, aber warten Sie mit der Behandlung, bis die Allgemeinerscheinungen ausgebrochen sind.“ Ein Serum gegen die Syphilis ist uns leider noch nicht beschieden. Umsomehr ist es heute auf Grund der neueren Forschungen unsere Pflicht, nach örtlichen Mitteln und Wegen zu suchen, die uns in die Lage bringen, den Kranken schon in der Inkubationszeit von dem qualvollen und ihn deprimierenden Gefühl, in das ihn unser abwartendes Verhalten versetzt, zu befreien.

Nach Abschluß meiner Arbeit kommt mir die von der Medizinalabteilung des königl. sächs. Kriegsministeriums herausgegebene Broschüre Thalmanns zu Gesicht: „Die Syphilis und ihre Behandlung im Lichte neuer Forschungen.“ Ich freue mich, konstatieren zu können, daß auch Thalmann eine energische Lokalbehandlung fordert. Er selbst hat in sieben Fällen Sublimat unter den Primäraffekt injiziert. Er bediente sich einer 1%igen Sublimatlösung. Betonen muß ich hier, daß ich stets Nekrosenbildung bei Anwendung des Sublimats beobachtete. Freilich brauchte ich eine 2%ige Lösung. Die bakterizide Wirkung des Oedems und die entzündungswidrige der Anästhesie hat Thalmann nicht benutzt, ebensowenig die Kauterisation. Ich kann ihm aber nur beistimmen, wenn er sagt, daß es uns mit der Frühbehandlung gelingen muß, die furchtbaren metasyphilitischen Organerkrankungen zu verhindern und die sekundären und tertiären Erscheinungen auf ein Mindestmaß herabzudrücken. Möchten meine Mitteilungen als ein bescheidener Vorschlag in diesem Sinne aufgefaßt werden.

Zum Schluß wird eine kurze Darstellung der ersten neun mit Sublimat und Hydrargyrum salycilicum ohne gleichzeitige Kauterisation behandelten Fälle gegeben.

Ueber abszedierende gonorrhoische Epididymitis und deren Pathogenese und Aetiologie. Von Kurt v. Stabel. Ref. Fritz Loeb, München.

Die typische akute Nebenhodenentzündung bei Gonorrhöe ist einzig und allein durch das Einwandern von Gonokokken in den Nebenhoden bedingt. Die Gonokokken gelangen wahrscheinlich in der großen Mehrzahl der Fälle durch Fortschreiten auf der Schleimhaut in den Nebenhoden. Die Möglichkeit der metastatischen Verschleppung der Gonokokken auf dem Blutwege ist, zumal in Fällen gonorrhoischer Allgemeininfektion, zuzu-

geben. Ob auch auf dem Lymphwege die Erkrankung von der Urethra und Prostata zur Epididymis fortschreiten kann, ist noch nicht sicher bewiesen. Der Uebergang der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung in Vereiterung ist häufiger als auf Grund fühlbarer Fluktuation diagnostiziert werden kann und ist wohl als die Folge einer stärkeren Virulenz der Gonokokken oder einer größeren Prädisposition im Verein mit der Einwirkung äußerer Schädigungen anzusehen. — (Diss., Berlin 1905.)

Kinderheilkunde.

Ernährung.

1. Ueber den Nahrungsbedarf des Brustkindes im ersten Lebensjahr. Von Siegert, Köln. Ref. Einstein, Stuttgart.

2. Ueber die Untersuchung der Eiweißpräparate. Von P. Bergelt, Berlin. Ref. Einstein, Stuttgart.

3. Ueber Kindermehle, insbesonders Dr. Klopfers Kindermehl. Von P. Süss. Ref. Einstein, Stuttgart.

4. Ueber Salz- und Zuckerinfusionen beim Säugling. Von Schaps, Berlin. Ref. Einstein, Stuttgart.

5. Mehlkinder. Von A. Keller, Magdeburg. Ref. Einstein, Stuttgart.

6. Beitrag zur Frage der künstlichen Ernährung der Säuglinge. Von A. Klautsch. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

7. Ueber „Säuglingsernährung“ mit besonderer Berücksichtigung von Dr. Theinhardts löslicher Kindernahrung. Von E. Spitzer, Graz. Ref. Einstein, Stuttgart.

8. Therapie bei den Magen- und Darmerkrankungen im Säuglingsalter, mit besonderer Berücksichtigung der Dr. Theinhardtschen löslichen Kindernahrung. Von Th. Leisewitz, München. Ref. Einstein, Stuttgart.

1. Während der Energiequotient, d. h. die per Kilo Körpergewicht notwendige Kalorienzahl für die Ernährung des Säuglings im 1. Lebensquartal von Heubner auf 100 festgestellt wurde, sah Siegert bei zwei Versuchen an Brustkindern schon bei zirka 80 Kalorien vorzügliches Gedeihen. Die Kinder kamen mit vier Brustmahlzeiten täglich aus. Das Ergebnis ist deswegen wichtig, weil daraus hervorgeht, daß arbeitende Mütter bei 5—6stündigen Trinkpausen ihre Kinder mit bestem Erfolg stillen können. — (Verh. d. Gesellsch. f. Kinderheilk.; 78. Kongr. d. Naturf. u. Aerzte, Stuttgart 1906.)

2. Eiweißpräparate sind in Bezug auf ihren Nährwert früher nur indirekt — im sogenannten Ausnützungsversuch — geprüft worden. Die Untersuchungsmethodik läßt sich jedoch auch in direkter Weise nach der chemisch-physiologischen wie nach der technologischen Seite hin ausdehnen, d. h. wir können die Untersuchung bis zu den Abbauprodukten der Eiweißpräparate durchführen und so ihre einzelnen Komponenten kennen lernen (bei den Eiweißkörpern durch hydrolytische Spaltung in Aminosäuren), wir können ferner durch Versetzen mit Magen- und Pankreassaft ein Bild von der Verdaulichkeit der Eiweißpräparate bekommen und endlich können wir aus dem Studium der Herstellungstechnik einen Schluß auf den Wert der Stoffe ziehen.

In dieser Weise wurde das Dr. Klopfersche Glidin untersucht, ein durch Auswaschen und Zentrifugieren aus reinstem Weizenmehl gewonnenes Eiweißpräparat. Es zeigte sich, daß die technische Behandlung die nativen Eigenschaften des Eiweißes unversehrt läßt, daß die hydrolytische Spaltung in Monoaminosäuren eine sehr ausgiebige und der fermentative Abbau durch Magen- und Pankreassaft ein genügender ist.

Auch der klinische Ausnützungsversuch ergab ein günstiges Resultat. Maßgebend für die Brauchbarkeit eines Nährpräparats ist die prinzipielle Frage, welche Menge mehrwöchentlich zugeführt werden kann, ohne die Aufnahme anderer Nahrungsmittel herabzusetzen. Bei reinem Glidin tritt schon ziemlich früh Sättigungsgefühl und sogar Widerwillen gegen das Präparat ein; durchschnittlich konnte man freilich doch täglich 15 bis 30 g etwa 6 Tage lang geben. Als Vehikel dienten Milch, Süßwein, Malzbier; zu bevorzugen sind dickflüssige Konzentrationen. Wesentlich länger gelingt es Glidinpräparate den Kranken beizubringen:

von einer Mischung Glidin 1000, Kakao 300, Saccharum 200 wurden 2—3 Wochen lang täglich 25 g anstandslos genommen, ebenso lang täglich 100 g der glidinhaltigen Riquetschen Nährschokolade (mit 19% Eiweiß).

Erfolgreich ist das Präparat bei Kranken mit reduzierter Nahrungsaufnahme (Magenkrebs) und bei Fällen, wo Ueberernährung indiziert ist. Auch im Nährklistier wurde das Glidin in Mengen von 15 g pro dosi mit Nutzen verwandt. — (Med. Klinik, Nr. 41, 1905.)

3. Das Dr. Klopfersche Kindermehl wird aus einem Weizenmehl-Wasserbrei durch Zentrifugieren gewonnen, wobei die gröbsten Stärkekörner ausgeschieden werden. Durch Malzdiastase wird nahezu die gesamte zurückgebliebene Stärke in Dextrin und Maltose umgewandelt. Die Eintrocknung geschieht dann im Vakuum, wobei die Temperatur 60° nicht übersteigt. Durch das Vermeiden hoher Temperaturen bleibt im Klopferschen Kindermehl im Gegensatz zu den anderen, durch Erhitzen gewonnenen Mehlen das Eiweiß unverändert. Hieraus und aus der vollkommenen Verzuckerung der Stärke wird ein Vorzug des Klopferschen Präparats abgeleitet. Dem letzteren Punkt gegenüber ist zu betonen, daß der Vorteil von so ausgiebiger Dextrinisierung der Stärke durchaus noch nicht erwiesen ist. — (Pharmaz. Zentralh., Nr. 43, 1906.)

4. Die sehr interessanten, auf Anregung Finkelsteins unternommenen Versuche von Schaps gingen von der Beobachtung aus, daß Säuglinge auf Zufuhr von Zucker in der Nahrung oft mit Fieber reagieren, das sofort nach Weglassen des Zuckers wieder verschwindet. Denselben Erfolg hatten subkutane Zuckerinfusionen bei gesunden Säuglingen: in leichteren Fällen entstand Fieber, in schweren waren sogar Durchfälle, Somnolenz, Dyspnoe die Folge. Ganz genau so verhielten sich die Kinder auf Injektion von physiologischer Kochsalzlösung. Die Zuckerreaktion ist als Salzwirkung zu betrachten.

Die bemerkenswerten Resultate zeigen, wie Finkelstein sich in der Diskussion ausdrückte, daß das gesunde Kind auf eine bestimmte Salzmenge eingestellt ist, so daß schon eine geringe Vermehrung Störungen verursacht. — (Verh. d. Gesellsch. f. Kinderheilk.; 78. Vers. d. Naturf. u. Aerzte, Stuttgart 1906.)

5. Keller macht auf den von ihm und Czerny so genannten „Mehlnährschaden" aufmerksam, eine für den Säugling sehr gefährliche, von den Aerzten viel zu wenig beachtete Ernährungsstörung. Sie entsteht durch einseitige, lang fortgeführte Mehl- oder Schleimernährung. Die Veranlassung dazu bilden meistens Darmkatarrhe, die mit Mehl bekämpft werden. Die schlecht unterrichteten Mütter behalten dann häufig die einseitige Mehlkost für lange Zeit bei, ohne zu wissen, daß diese Nahrung durchaus ungenügend für das Kind ist: der Stickstoffgehalt ist sehr gering, Fett und Salze fehlen fast vollständig. Keller macht nicht mit Unrecht die Reklame so vieler Kindermehlfabrikanten, die in ihren Fabrikaten einen vollwertigen Ersatz der Muttermilch anpreisen, für die Entstehung des Schadens mit verantwortlich.

Die Symptome der Störung sind: Trockenheit der Haut und Schleimhäute, Hypertonie der Muskulatur, Bewegungslosigkeit der Kinder, Schwäche der Herzaktion, Anorexie.

Die Prognose ist ungünstig, wenn nicht rechtzeitig Hilfe eintritt. In den letzten Stunden vor dem Tode entwickelt sich das Bild der Säureatmung. Oft fallen die Kinder Infektionen zum Opfer.

Die Therapie besteht in Verabreichung von Milch, am besten Frauenmilch. Die Reparation geht sehr langsam vor sich. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 36, 1906.)

6. Die günstigen Ernährungserfolge, die Klautsch im Laufe der Jahre mit Mufflers sterilisierter Kindernahrung bei Kindern der verschiedensten Altersstufen zu erzielen überreich Gelegenheit gehabt hatte, haben in ihm die Ueberzeugung gefestigt, daß es den Anforderungen, die man an ein Kindernährmittel zu stellen berechtigt ist, gerecht wird, und daß es geeignet ist, teilweise die Stelle der

Muttermilch zu ersetzen. Auch bei der Ernährung verdauungsschwacher und magendarmkranker Kinder traten seine Vorzüge zutage. Besonders bei der sogenannten Athrepsie der Säuglinge war die Ernährung mit Muffler von gutem Einfluß. — (Med. Klinik, Nr. 31, 1906.)

7. Dr. Theinhardts lösliche Kindernahrung wird aus dem Eiweiß der Kuhmilch gewonnen, das durch ein pflanzliches dialytisches Ferment in eine leicht verdauliche Form gebracht wird. Dazu kommt vollständig dextrinisiertes Weizenmehl und Kuhmilchrahm. E. Spitzer hatte gute Resultate mit dem Präparat: es wurde gern genommen, mußte nur bei manchen Kindern noch versüßt werden. Es ist für gesunde Säuglinge, auch ganz junge, zu empfehlen, besonders bei zu langsamer Gewichtszunahme. Die Hauptdomäne für das Kindermehl bilden aber Kinder mit akuten und chronischen Verdauungsstörungen und deren Folgekrankheiten: Blutarmut, Unterernährung, Rhachitis, Atrophie, Skrofulose. Bei Brechdurchfällen tat es gute Dienste, wenn es nach 24stündiger Teediät einfach mit Reiswasser gekocht gegeben wurde. In Fällen, wo Fett nicht gut ertragen wird, ist das fettarme Kufekesche Kindermehl vorzuziehen. — (Aerztl. Rundsch., Nr. 29, 1905.)

8. Leisewitz führte im Auftrag von Prof. Seitz die mechanisch-diätetische Therapie bei einer großen Zahl von akuten und chronischen Magendarmkrankheiten ohne jede Verabreichung von Medikamenten durch: er machte in jedem Falle Magenspülungen und Darmeinläufe, bezw. in schwereren Fällen hohe Darmspülungen. Zu den letzteren benützte er, wenn Neigung zu Obstipation bestand, physiologische Kochsalzlösung, dagegen bei Darmkatarrhen eine 1—2%ige Tannin- oder namentlich bei Kolitis eine 1—2% ige Liquor plumbi subacetici-Lösung. Bei den hohen Spülungen verfolgte er den Zweck, daß 1. die Flüssigkeit auch in den Dünndarm gelange (er sah mehrmals das Spülwasser durch den Mund wieder herauskommen!) und daß 2. die aus dem Dünndarm tretenden Massen einen gereinigten Dickdarm vorfinden und diesen schneller passieren, ohne zu weiteren Zersetzungen Anlaß zu geben. Bei schwerer Cholera infantum waren daneben noch Kochsalzinfusionen und Kampher nötig. Chronische Zustände, die von einer Verdauungsschwäche, auch manchmal von Atrophie begleitet sind, trotzen oft der mechanischen Behandlung und bessern sich nur durch diätetische Maßnahmen.

Die Diät bestand 2—3 Tage lang in Eiweißwasser oder Reis-, bezw. Rollgerstenschleim. Zu $^1/_2$ l Schleim setzte Vf. 10 g Zucker und 4 g Salz. Die Salzbeimischungen bewährten sich (auch bei der Milchnahrung) sehr gut durch Verbesserung des Geschmacks. Die Milchverdünnungen, die dann folgten, waren möglichst gering, anfangs gewöhnlich 1:3, dann mit rascher Steigerung des Milchgehalts. Der Zuckerzusatz wurde unter dem üblichen von 5—6% gehalten. Wenn die Milchmischungen erfolglos blieben, so gab Vf. Biedertsche Rahmmischungen Nr. 1—6, meist mit schönem Erfolge, unter steter Beobachtung des Stuhles, beziehungsweise der Fettresorption. Backhaussche Milch, die auch probiert wurde, zeitigte manche Mißerfolge, auch die allerdings nur in zwei Fällen verwandte Kellersche Malzsuppe. Dagegen hatte Vf. bei akuten und chronischen Verdauungsstörungen vorzügliche Erfolge mit Theinhardts Kindernahrung. Bei akuten Fällen gibt man sie, wenn die ersten Tage unter strengster Diät überstanden sind, in geringen Mengen (weniger, als in den von der Fabrik ausgegebenen Tabellen angeführt ist) mit Wasserzusatz. Bei Besserung der Erscheinungen setzt man erst wenig, allmählich mehr Milch oder auch Ramogen zu. Dabei sind die Stühle aufs genaueste zu prüfen. Der Wert der Theinhardtschen Nahrung beruht 1. auf der Vorverdauung des Eiweißes durch ein Pflanzenferment, 2. darauf, daß die Stärke fast vollständig dextrinisiert ist. In der Tat fällt bei der Ernährung mit Theinhardts Mehl die Lugolprüfung des Stuhles fast immer negativ aus.

In der Arbeit wird ein von Enderlein angegebener Blechkasten mit Holzgittereinlage beschrieben, der sich im kli-

nischen Betriebe zur Aufnahme der Säuglinge bei Darmspülungen gut bewährt hat. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 42, H. 5 u. 6.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Neuere Mittel und Anwendungsformen.

Beta-Eukain.

Das Beta-Eukain ist die Benzoylverbindung eines bei 138° schmelzenden Vinyldiazetonalkamins und wird von der Chemischen Fabrik auf Aktien (vormals E. Schering) in zwei Formen in den Handel gebracht, nämlich als salzsaures und als milchsaures Salz. Das bisher meist angewandte Beta-Eucainum hydrochloricum ist ein farbloses, neutral reagierendes Kristallpulver, das sich in Wasser von gewöhnlicher Temperatur bis zu etwa 4% löst. Sind höherprozentige Lösungen erforderlich, wie z. B. für die Applikation auf Schleimhäuten, so können solche Lösungen durch Erwärmen leicht hergestellt werden. Das milchsaure Beta-Eukain zeichnet sich vor dem salzsauren Salz durch eine größere Löslichkeit aus; es können hievon mit Leichtigkeit ohne Erwärmen 10—15%ige und noch stärkere Lösungen hergestellt werden. Das Beta-Eucainum lacticum besitzt einen etwas geringeren Gehalt an Eukainbase als das Beta-Eucainum hydrochloricum. Es enthalten 119 g Beta-Eucainum lacticum so viel Eucainbase wie 100 g Beta-Eucainum hydrochloricum.

Nach den Untersuchungen von Professor Braun und Dr. Paul Heinze, welche die verschiedensten lokalen Anästhetika einer vergleichenden experimentellen Prüfung unterzogen, ist das Beta-Eukain dem Kokain in Bezug auf seine nervenlähmende Wirkung und fast absolute Reizlosigkeit gleichwertig und in vieler Hinsicht dem Kokain vorzuziehen. Einen spezifischen Reiz übt Beta-Eukain noch weniger aus als Kokain.

Als die wesentlichsten Vorzüge des Beta-Eukains gegenüber dem Kokain sind folgende anzuführen: Es ist nur ein Viertel so toxisch wie Kokain. Die Lösungen können in einfachster Weise durch Kochen sterilisiert werden und sind haltbar. Es erzeugt, in die Augen eingeträufelt, keine Mydriasis, keine Akkomodations- und Kornealstörungen. Es ist wesentlich billiger als Kokain. Nach der deutschen Arzneitaxe 1906 kostet 1 g Eucainum hydrochloricum oder lacticum 70 Pfennig, während 1 g Cocainum hydrochloricum sich auf M. 1·45 stellt.

Das Beta-Eucainum hydrochloricum wird am zweckmäßigsten in folgenden Konzentrationen angewandt:

für Operationen am Auge 2%ige Lösungen tropfenweise,

in Harnröhre und Blase 1—2%ige Lösungen,

auf Schleimhäuten (Nase, Rachen, Hals) 5—12%ige Lösungen,

in der Zahnheilkunde 2%ige Lösungen,

für Infiltrationsanästhesie 0·1% mit 0·8% Kochsalz,

für regionäre Anästhesie 2—5%ige Lösungen,

bei Ischias 0·1%ige Lösungen mit 0·8% Kochsalz (70—100 cm³),

zu schmerzstillenden Injektionen in den Mastdarm bei Rektumkarzinom und ulzerativen Prozessen 3%ige Lösungen (1—2 cm³).

Vom Beta-Eucainum lacticum sind etwas konzentriertere Lösungen anzuwenden, z. B. für die Applikation auf Schleimhäuten bis zu 15%ige Lösungen.

Wichtig ist die kombinierte Anwendung von Beta-Eucain und Nebennierenpräparaten. Es wird hiedurch nicht allein eine starke Ischämie erzeugt, wie sie bei manchen Operationen erwünscht ist, sondern die Dauer der Anästhesie wird auch er-

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

heblich verlängert und die toxische Wirkung noch mehr verringert.

Dionin.

Dionin wird von Hinselwood als nützliches Analgetikum bei Iritis, Iridozyklitis, Glaukom, Ulkus und Keratitis empfohlen. Es übertrifft bei weitem bei tiefsitzenden Schmerzen das Kokain und Holokain. In eine Reihe vergleichender Untersuchungen wurden drei Lösungen benutzt, um den Grad und die Dauer der Linderung kennen zu lernen: 5% Kokain, 1% Holokain, 5% Dionin. Letzteres wirkte am besten, dann folgte Holokain. Dionin kann man verwenden als Tropfen, alle Stunden oder seltener, oder auch als Salbe. Dabei schadet es nie und ist daher von großem Wert. Es ist von besonderem Nutzen bei neurotischen und neurasthenischen Patienten. Auch 1—2%ig, drei- bis viermal täglich, ist es schon von schmerzstillender Wirkung. Das leichte Brennen, das die erste Instillation hervorruft, verschwindet später bei den Wiederholungen. Ferner ist Dionin wirksam in der Aufhellung von Hornhautflecken und Hornhautinfiltraten, in Verbindung mit Massage durch die Lider in Form von Salbe 0·25—0·75 : 15·0 Vaseline. Bei Keratitis verbindet man am besten Atropin und Dionin. — (Wochenschr. f. Therapie u. Hyg. d. Auges., Nr. 8, Nov. 1906.)

Dionin ist Aethylmorphinum hydrochloricum und bildet ein weißes, wasserlösliches Pulver. Es kann auch innerlich verabreicht werden: 0·015 pro die bis 0·03. Größte Einzelgabe 0·08 g, größte Tagesgabe 0·3 g.

Odda.

Die Kindernahrung Odda wird nach den Angaben v. Merings dargestellt und enthält: Wasser 5·8%, Stickstoff 2·33% (entsprechend 14·57% Eiweiß), Fett 6·49%, Asche 2·10%, Kohlehydrate 71·34% (49% lösliche, 22% unlösliche). An Stelle von Kuhbutter enthält Odda Kakaobutter und das Fett des Eidotters, also Fette ohne flüchtige Fettsäuren und demnach ohne Neigung zu ranziger Zersetzung. Odda enthält ferner entfettete Milch und Molken, ferner Mehl und Zucker. Das Mehl ist eine Mischung aus feinstem Weizenmehl und Hafermehl. Der Brennwert der Oddanahrung beträgt 1 g = zirka 4·3 Kalorien. 158 g Odda besitzen also den gleichen Nährwert wie 500 g mittelfettes Rindfleisch oder 1 l Vollmilch, 116g Odda entsprechen 500g magerem Rindfleisch, 18 g einem mittelgroßen Hühnerei von 40—50 g Gewicht. H. Schlesinger sah bei Oddaernährung kranker Kinder vorzügliche Erfolge. — (Zentralbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw., Nr. 18, 1906.)

Salocreol.

Salocreol ist ein Präparat, in welchem die verschiedenen Phenole des Buchenholzteers, respektive Kreosots insgesamt mit Salizylsäure zu einem Ester vereinigt sind. Das Salocreol ist eine Flüssigkeit von neutraler Reaktion, öliger Konsistenz, brauner Farbe und fast geruchlos, fast unlöslich in Wasser, leicht löslich in verschiedenen Alkoholen, in Aether oder Chloroform. Es wird von der äußeren Haut resorbiert, ohne auf derselben unangenehme Empfindungen oder dauernde Flecken hervorzubringen. Man benutzt es nach J. Gnezda in Form von Pinselungen auf die Haut bei Rheumatismus, Gicht, Erysipel und den verschiedenen Formen der Lymphdrüsenentzündung. — (Ber. von Brückner u. Lampe.)

Blutan.

Blutan ist nach O. v. Lengerken ein alkoholfreier Liquor ferro-mangani-peptonati mit Azidalbumin, also ein Eisenmanganpeptonat - Liquor, welcher keinen Alkohol enthält und durch Imprägnieren mit Kohlensäure haltbar gemacht ist. Man gibt täglich dreimal ½ bis 1 Likörglas voll. Am besten, besonders für Kinder, in Milch. Das Mittel ist indiziert bei Chlorose, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Phthisis, Rhachitis, Schwächezuständen etc. Ueber günstige Erfahrung mit Blutan berichten: C. Blümel,



Med. Klinik, Nr. 32, 1906. — M. Zoref, Med. Blätter, Nr. 17, 1906. — A. Klautsch, Repertor. d. prakt. Med., Nr. 5, 1906. — R. Weißmann, Aerztl. Rundsch., Nr. 36, 1906 und H. Gerber, Med. Bl., Nr. 31, 1906.

Es befindet sich auch ein Jod- und Bromblutan im Handel. Eine Originalflasche Blutan kostet nach von Lengerken 1 Mark.

Chiferrin.

Eisen und Lezithin spielen in der Zusammensetzung des Chiferrin die Hauptrolle. Es war ein glücklicher Gedanke des Fabrikanten (Chemisches Laboratorium J. Weidrich in Straßburg), mit der Eisenwirkung die Phosphorwirkung (Lezithin) zu erstreben durch eine Kombination beider Agentien. Das Chiferrin ist eine rotbraune Flüssigkeit von aromatischem Geruch und angenehmem Geschmack und enthält außer obigen Bestandteilen noch China- und Kondurangorinde. Man verordnet es als Tonikum und Roborans. Erwachsene erhalten drei- bis viermal täglich 1 Eßlöffel, Kinder entsprechend weniger. Das Präparat zeichnet sich durch seinen billigen Preis vor anderen Eisenmitteln aus.

Ein neues Harnantiseptikum.

Borovertin ist nach Mankiewicz-Berlin Hexamethylentetramintriborat, ein weißlich-gelbes Pulver, welches in Wasser löslich ist und bitter schmeckt. Dasselbe macht alkalischen Harn sauer und ermöglicht dadurch die Zerlegung des Urotropins in Formaldehyd und Wasser, die nur in saurem Medium vor sich geht. Es klärt den Harn, vermehrt die Urinabsonderung beträchtlich und löst Harnsäure. Es wird in Dosen von 1—4 g gegeben, eventuell in Form von Pastillen, denen 5% Borsäure zugesetzt werden müssen, und zwar 2—8 Stück pro Tag, am besten während der Mahlzeit. — (Pharm. Post, Nr. 41, 1906.)

b) Pharmakologische Präparate.

Neuere Mittel.

Acetopyrin = Antipyrinum acetosalicylicum, weißliches Pulver, schwer löslich in kaltem, leicht in warmem Wasser, Alkohol und Chloroform. Antipyretikum und Antineuralgikum. Man gibt 0·5—1 g pro dosi in Oblaten oder Zuckerwasser.

Antidiabeticum fluidum von Wilh. M. Stock in Düsseldorf soll bestehen aus: 97·78% Extr. Senecionis Fuchsii aquos. fluid., 2% Alkalien, 0·2% Salizylsäure und 0·02% Trypsin.

Senval von Apotheker F. Schubring in Berlin. Angebliches Diabetesmittel, das aus einem Fluidextrakt von Senecio, Valeriana, China und Castoreum und anderseits aus einer pulverförmigen Mischung von Carbo Spongiae marinae und alkalischen Salzen besteht.

Antipneumoeochina nennt Semprun ein Tuberkuloseschutz- und Heilmittel, welches subkutan injiziert werden soll. Es ist eine sterile Flüssigkeit, welche neben einer Kalziumformiateiweißverbindung, dem eigentlichen Schutzmittel, noch einen Körper enthält, der als Sulfuchondroitinsäure bezeichnet wird.

Aphthisin ist eine Vereinigung von guajakolsulfosaurem Kalium und Petrosulfol und kommt in 6%iger sirupöser Lösung und in Gelatinekapseln (30 Stück = 150·0 Sirup) in den Handel. Dosis drei- bis viermal täglich einen Teelöffel nach den Mahlzeiten, bezw. drei- bis viermal täglich 1—2 Kapseln.

Aspirophen, ein azetylsalizylsaures Amidophenazetin, hat Fackelmann (Allg. med. Zentralztg. 1906) in Dosen von 1 g 5—8mal täglich bei Erwachsenen und 3—4mal täglich bei Kindern als Antirheumatikum und Analgetikum angewendet. Die Entfieberung und Schmerzlosigkeit, sowie die Abschwellung der Gelenke erfolgte unter einem viel weiteren Schweißausbruch wie bei Aspirin. — (Pharm. Post, Nr. 42, 1906.)

Asthmakarbon sind 5 g schwere Tabletten aus dem feinen Pulver der Composite Punaria ascohingae, die auf zylindrisch gestanzte, fein poröse Holzkohlen befestigt sind. Die Pflanze enthält ein Glykosid, Harz und ätherisches Oel, ein Alkaloid konnte nicht nachgewiesen werden. — (Pharm. Post, Nr. 49, 1906.)

Benzoylsuperoxyd ist eine beständige, geruchlose Substanz. Löst sich wenig in Wasser, besser in Alkohol. Wirkt nach Loevenhart äußerlich leicht anästhesierend und stark desinfizierend, ist innerlich indifferent und hat sich, in Pulverform oder in 10%iger Oellösung oder als 10%ige Salbe angewendet, bei verschiedenen Hautkrankheiten, respektive als Wundantiseptikum bewährt.

Bromotan. Einwirkungsprodukt von Formaldehyd auf Bromtannin und Methylenharnstoff, ein lockeres, staubfreies, gelbbraunes, in Wasser unlösliches Pulver, geruchlos und fast geschmacklos, wird hauptsächlich bei nässenden Ekzemen, die durch längeren Reiz von Sekreten hervorgerufen werden, angewandt. Man verordnet zweckmäßig: Bromotan 10 g, Talci, Zinc. oxydat. āā. 45 g.

Chininum arrhenalicum ist Chinin-Monomethylarseniat. Es bildet farblose, sehr bitter schmeckende Kristalle, die sich in kaltem Wasser sehr schwer, leichter in heißem lösen. Tagesgabe: 0·6—0·8 g.

Citrocoll, neutrales zitronensaures Amidoazetparaphenetidin (Amidophenazetin) ist eine kristallisierte, wasserlösliche Verbindung und findet Anwendung als Fiebermittel, bei Rheumatismus und Migräne. Tagesgabe: 4—6 g, Kindern 2 bis 4 g.

Corrosuccin nennen Babes und Begnesco Mischungen von Sublimat- und Bernsteinsäurelösungen, welche als Wundantiseptikum empfohlen werden. Eine Lösung von Quecksilbersublimat 1:20.000, welche 2·5% Bernsteinsäure enthält, soll ebenso stark antiseptisch wirken, wie eine reine 2%ige Sublimatlösung, obgleich 1 l dieser als Corrosuccin bezeichneten Lösung nur 0·05 g Sublimat enthält. — (Pharm. Post.)

Extractum Glaucii fluidum. Fluidextrakt aus Wurzel und Kraut von Glaucium luteum. Gegen Diabetes. Dosis: Zunächst dreimal täglich ½ Teelöffel, später etwas mehr. — (Bericht von Brückner, Lampe.)

Fascol-Haemorrhoidal-Kapseln von Apotheker Wimmer in Merchingen bestehen aus je 1·25 g einer weichen Masse, die 5·65 g Wollfett, 8·2 g Eibischsalbe, 0·4 g Olivenöl, 0·45 Resorzin, 0·3 g Bismuth. subgall., 0·45 g Sennesblätterpulver und 14·4 Fascol enthält. Das Präparat hat sich sehr gut bewährt.

Formamint-Tabletten. Mit je 0·01 g locker gebundenem Formaldehyd. Als Ersatz für Gurgelwässer 2—3stündlich 1 Tablette, enthalten ein Produkt zweier Formaldehydverbindungen unter Zusatz von Pepsinsalzsäure, Zitronensäure und Zucker. Sie enthalten 0·1 Formalin pro Tablette. Gegen infektiöse Halskrankheiten.

Formurol ist zitronensaures Hexamethylentetramin-Natrium, ein weißes, kristallinisches, in Wasser leicht lösliches Pulver. Anwendung: bei Gicht, Entzündungen der Nieren und Harnwege, sowie gegen Phosphaturie und Harnsteine. Gabe: 1 g 2—5mal täglich. Darsteller: Chemische Fabrik Falkenberg in Falkenberg-Grünau. — (Pharm. Post, Nr. 44, 1906.)

Haemostan. Ueberzuckerte Tabletten, von denen 100 Stück aus je 3 g Extractum Hydrastis, Extractum Gossypii und Extractum Hamamelidis, 1 g Chinin. hydrochlor. und 9 g Rad. Hydrastidis bereitet werden. Anwendung: bei Blutungen innerlich. Gabe: dreimal täglich drei Tabletten nach dem Essen. — (Pharm. Post Nr. 43, 1906.)

Injektion Hirsch enthält 1% Quecksilberoxyzyanid und 0·5% Akoin und wird von v. Heyden in Radebeul-Dresden dargestellt.

Isoform. Para-Jodoanisol. Silberglänzende Blättchen, schwer löslich in kaltem, leichter in heißem Wasser, unlöslich in Alkohol und Aether. Isoformpulver, aus gleichen Teilen Isoform und Kalziumphosphat, Isoformpaste, aus gleichen Teilen Isoform und Glyzerin bestehend. Isoform dient äußerlich als Jodoformersatz, innerlich als Darmantiseptikum.

Kaubalsam „Sahir" enthält die wirksamen Bestandteile der Betelnuß, frei von den färbenden und sonstigen Nebenwirkungen, eingebettet in eine unlösliche Kaumasse, aus der sie sich beim Kauen herauslösen. Anwendung: bei verschiede-

nen Krankheiten des Zahnfleisches, zur Erhaltung gesunder Zähne und zur Säuberung der Mundhöhle.

Kreosotum camphoricum. 1 Mol. Kreosot und 1 Mol. Kampfer. Oelige, in Wasser unlösliche Flüssigkeit, in Alkohol, Aether und Glyzerin löslich, wird in Gelatinekapseln (0·2 g pro dosi) verordnet.

Menthophenol. Eine Verbindung von 1 Teil Phenol und 3 Teilen Menthol. Zeigt starke antiseptische und analgetische Eigenschaften. Zum Pinseln bei Tuberkulose.

Midys Mischung enthält nach „Münch. med. Wochenschr." in 1 cm³ 0·01 Hydrargyrum bijodatum, 0·01 g Natrium jodatum, 0·005 g Subkutin und 0·002 g Natrium chloratum in Aqua ozonisata steralisata gelöst. Anwendung: zur schmerzlosen Einspritzung von Quecksilber.

Neosiode, Jodkatechin, wurde von Chevrotier dargestellt und bildet ein gelbes amorphes Pulver, das in kaltem Wasser wenig, leichter in heißem Wasser, leicht in Alkohol, Aether und Azeton löslich ist. Eingenommen oder unter die Haut gespritzt, scheidet es langsam Jod ab, und dieses wird sofort resorbiert. Es wird als nicht reizendes Jodpräparat an Stelle der üblichen Jodide zur innerlichen und äußerlichen Anwendung empfohlen. — (Pharm. Post, Nr. 43, 1906.)

Novorenal heißen Lösungen von Novokain und Adrenalin in verschiedener Stärke. Novorenal 0·25%ig besteht aus 0·0125 g Novokain, 5 g physiologischer Kochsalzlösung und 0·00001625 g salzsaurem Adrenalin; 0·50%ig enthält die doppelte Menge Novokain und Adrenalin des vorigen; 1%ig = 0·01 Novokain, 1 g physiologische Kochsalzlösung und 0·00009 g salzsaures Adrenalin; 2%ig = 0·02 Novokain und gleiche Mengen Kochsalzlösung und Adrenalin; 5%ig = 0·1 g Novokain, 2 g destilliertes Wasser und 0·000216 g salzsaures Adrenalin. Anwendung: Anästhesie. Darsteller: Hausmann in St. Gallen. — (Pharm. Post, Nr. 43, 1906.)

Peronin. Die salzsaure Verbindung des Benzyläthers des Morphins. Wird an Stelle von Kodeïn und Morphin zur Linderung des Hustens von Phthisikern angewendet und soll einen besseren und ruhigeren Schlaf als Kodeïn erzeugen, ohne nennenswerte Nebenerscheinungen hervorzurufen.

Pilulae probilinae nach Bauermeister enthalten pro dosi je 0·1 g saures, ölsaures Natron und Salizylsäure neben Phenolphthalein und Menthol. Anwendung: bei Gallensteinkolik.

Strychninum cacodylicum. Eigenschaften: Eine Verbindung, welche ihrer Unbeständigkeit wegen am besten ex tempore aus je 0·37 g Strychnin. sulfuricum und 1·05 g Natrium cacodylicum (= 1 g Strychnin. cacodylic.) in Lösung bereitet wird. Anwendung: In täglichen subkutanen Dosen von 0·002—0·02 als appetitanregendes Mittel bei Tuberkulose. — (Riedels Ber.)

Tannochrom (Hell & Co.) oder Chromum oxydatum bitannicum resorcinatum besteht aus ¼ Teil Chromoxyd, 1 Teil Tannin und 2 Teilen Resorzin. In den Handel gelangt es als 50% Tannochromum liquidum und als Tannochromum siccum. Anwendung findet es als desinfizierendes, bakterientötendes und austrocknendes, geruchloses Wundmittel bei Wucherungen der Schleimhäute (20—30%ige Lösung), bei Erbgrind als Pinselung, bei nässenden Ausschlägen als Salbe, bei Fistelgängen ¼—1%igen Einpritzungen und Einlegen von in 10%ige Lösung getauchten Gazestreifen; bei Frostbeulen als 5%iges Kollodium. — (Pharm. Post, Nr. 40, 1906.)

c) Sero- und organotherapeutische Präparate.

Choleraheilserum wird nach Lancet, Nr. 4330, durch Auswaschen einer 18 Stunden alten Kultur, Zerreiben der Bakterien bei der Temperatur von flüssiger Luft und Behandeln mit Kaliumkarbonat gewonnen. Es ermöglicht aktive Immunisierung und besitzt agglutinierende und bakteriolytische Eigenschaften.

Extractum corporis ciliaris liquid. ist ein flüssiges Extrakt aus dem Corpus ciliare des Ochsen. Anwendung in der Augenheilkunde.

Extr. pulmonum ovis fluid. ist ein aus den Lungen von Schafen bereitetes Extrakt, das bei chronischen Erkrankungen der Lungen und des Rippenfelles Verwendung findet.

Holadinkapseln enthalten ein Pankreasextrakt mit großer tryptischer Wirkung, besonders der amylolitischen und lipolytischen Enyzme, das Lezithin und Nukleïn enthält.

Mammae siccatae. Aus frischen Eutern von Kühen gewonnenes Präparat in Tablettenform. Gegen Uterusleiden.

Nephritin ist eine Mazeration frischer Schweinsnieren. Anwendung: bei Nierenentzündung.

Pansekretin ist gleich Sekretin- und Duodeninpräparaten aus dem Zwölffingerdarm hergestellt.

Pyocyanase ist das proteolytische Ferment des Bacillus pyocyaneus. Nach der Wien. klin. Wochenschr., Nr. 35, 1906, hat dasselbe als Einträufelung in die Nase zur Vorbeuge bei Influenza- und Genickstarreepidemien mit befriedigendem Erfolge Anwendung gefunden. Lumbaleinspritzungen bei ausgebrochener Meningitis versagten. — (Pharm. Post, Nr. 30, 1906.)

Sic wird ein opotherapeutisches Heilmittel genannt (Zanoni), das Anwendung bei Keuchhusten findet. Darsteller: Opotherapeutisches Institut für Infektionskrankheiten, Genf.

Streptokokkenvakzine bereitete G. Gabriczewsky aus Streptokokken, welche aus dem Herzblute an Scharlach Verstorbener gezüchtet und einer Tierpassage nicht unterzogen waren. Er empfiehlt Erwachsenen 1—2 cm^3 und Kindern die Hälfte oder ein Drittel dieser Menge einzuspritzen, sowie diese Menge bei der in wöchentlichen Zwischenräumen zu erfolgenden zweiten und dritten Einspritzung um das $1^1/_2$—3fache zu vergrößern. Bei der ersten Einspritzung kann in dringenden Fällen die vorbeugende Wirkung der Vakzine durch gleichzeitige Anwendung von 25—30 cm^3 Scharlachserum verstärkt werden.

Tauruman ist eine Emulsion lebender Tuberkelbazillen (Typus humanus), die nach R. Koch und Schütz hergestellt ist. Sie kommt in Glasröhrchen mit 10 cm^3 physiologischer Kochsalzlösung in den Handel, in der je 0·02—0·04 g lebender Tuberkelbazillen enthalten sind. Anwendung: als Impfstoff zur Verhütung der Tuberkulose der Rinder. Darsteller: Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning in Höchst a. M. — (Pharm. Post, Nr. 43, 1906.)

d) Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel.

Abrotanol-Pastillen heißen mit Schokolade überzogene Pastillen, die Menthol und Extract. Artemis. Abrotan. enthalten. Stomachikum, Darmadstringens und Darmdesinfiziens.

Absinthinum ist das bitter schmeckende Prinzip des Wermutkrautes. Amorphes oder kristallinisches, gelbliches, nach Wermutkraut riechendes Pulver, leicht löslich in Alkohol und Chloroform, weniger in Aether, in Wasser 1:1000. Anwendung: Amarum bei Anorexie. Dosis: 0·1—0·2 in Pillenform oder Gelatinkapseln 2—3mal täglich vor dem Essen. — (Pharm. Post, Nr. 29, 1906.)

Capsula duplex stomachica von Dr. Bour in Trier enthält 0·01 g Arg. nitr. und 0·09 Bolus in der inneren Kapsel, die in einer größeren Kapsel eingebettet ist, welche 0·25 g Bismut. subnitr., 0·01 g Magnes. sulf. und 0·01 g Natr. phosphor. enthält.

Extr. Psidii pyriferi (Guajava, Djamboë) fluid. Aus den Blättern von Psidium pyriferum. Styptikum bei hartnäckigen Durchfällen.

Haemotrophinum arseniatum ist ein Hämoglobinpräparat mit 0·005% Arsen. Fabrikant: C. Fr. Hausmann in St. Gallen (Schweiz).

Holländische Säuglingsnahrung heißt ein Buttermilchgemisch von 1 l aus frischem, sauren Rahm gewonnener Buttermilch, 60 g Zucker und 15 g Weizenmehl. Kommt flüssig und als Pulver in den Handel.

Magnesiumperhydrol = Magnesiumperoxyd = Hopogan. Besteht aus 15—25% Mg-peroxyd (MgO_2) und 75 bis 85% MgO. Wird als Desinfiziens und Oxydationsmittel bei anormalen Gärungs-



vorgängen im Darm und Magen angewendet. Wirkt nebenbei mild abführend. Dosis 0·5—1 Teelöffel in Wasser. — (Riedels Ber.)

Ollat, ein Lebertranersatz, ist eine Eiweißemulsion, die 12·3% Wasser, 46·2% Fett, 15·1% Eiweiß und 22·3% Kohlehydrate enthält. Ihr Phosphorgehalt soll der gleiche sein, wie bei Scotts Emulsion. Außerdem enthält sie angeblich natürliche Blutsalze.

Pepsorthin, ein bei Mangel an Salzsäure und Pepsin im Magensaft empfohlenes Stomachikum, enthält Papain, Magnesiumsuperoxyd, Benzonaphthol und Natr. bicarbonicum. Fabrikant: Laboratorium Sauter in Genf.

Tenalgin. Ein Präparat, welches die wirksamen Bestandteile der Arekanuß enthält: Arekain, Arekaidin und Guavazin, dagegen von dem giftigen Arekolin möglichst frei ist. Anwendung in Dosen von 0·06 g per Pfund Körpergewicht gegen Bandwurm und Askariden.

Terrol. Ein aus den Rückständen der Petroleumdestillation hergestellter Kohlenwasserstoff der Paraffinreihe. Es bildet eine salbenartige, der Vaseline ähnliche Masse und dient als Ersatz für Lebertran.

Urosin. Nach J. Weiß verdient die Chinasäure als Heilmittel gegen harnsaure Diathese gebraucht zu werden, denn sie sei das einzige, die Harnsäurebildung herabsetzende Mittel, ohne üble Nebenwirkungen. Am zweckmäßigsten erscheine eine Mischung von Chinasäure mit Lithionzitrat, und zwar in Tablettenform, enthaltend 0·5 g Chinasäure, 0·15 g Lithionzitrat und 0·3 g Zucker; man gibt Dosen von 6—10 Stück pro die.

Yavurt, Yavïrt oder Yoghourt. (Maya bulgare.) Stammt aus der Türkei. Es ist ein kefirähnliches Milchpräparat. Die Milch wird erst zu einem Drittel eingedampft, dann läßt man sie zu 40° verkühlen und bringt unter die Milchhaut einen Löffel voll frischen Yavurt. Die Temperatur von 40° muß man dann 8—10 Stunden erhalten, dann bekommt man eine halbfeste weiße oder rosa Masse von Bananengeschmack, die am Tage der Bereitung genossen werden muß, da sie sonst zu sauer wird. — (Ber. v. Gehe.)

2. Behandlungsmethoden.

Streptokokkenserum (Höchst) bei septischer Perityphlitis.

Einen bemerkenswerten Beitrag zur therapeutischen Verwendung von Streptokokkenserum (Höchst) bei septischer Perityphlitis liefert Dr. Schwerin in einer vorläufigen Mitteilung der Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 46, 1906. Er hat seit Jahresfrist bei akuten septischen Erkrankungen im Frühstadium von der Anwendung des polyvalenten Streptokokkenserums (Höchst) ermutigende Erfolge gesehen. Seit einem in den ersten 48 Stunden operierten septisch verlaufenden Falle von Perityphlitis ist er dazu übergegangen, gleichzeitig mit der Operation Streptokokkenserum anzuwenden. Sieben der Fälle, in denen das Serum zur Anwendung kam, waren ausgesprochen septische.

Besonders charakteristisch sind zwei Fälle, in denen Kinder am dritten Tage der Erkrankung in hoffnungslosem Zustande eingeliefert wurden. Fall 1: Kind mit fadenförmigem Puls (162) bei 38·2° Temperatur eingeliefert. Leib stark aufgetrieben, sehr schmerzhaft, Gesicht eingefallen, Pat. somnolent. Sofortige Injektion von 25 cm³ Serum, ut aliquid fiat! Am Abend Puls wider Erwarten kräftiger (128), Temperatur 37°. Am nächsten Morgen Leib nicht mehr so schmerzhaft, Puls 120. Temperatur 36·1°, abends nochmals 10 cm³ Serum. Patientin reagiert auf Anrufen und nimmt etwas Flüssigkeit zu sich. Zweiter Tag: Leib weich, Schmerzhaftigkeit nur noch lokal, Sensorium frei, Puls unter 100. Dritter Tag: Laparotomie, Darmschlingen eitrig verklebt, Eiter im kleinen Becken, perforierter Prozessus, Ausspülung mit Kochsalzlösung, 25 cm³ Serum in die Bauchhöhle, Tamponade mit steriler Gaze. Am nächsten Tage funktionierte der Darm bei gutem Allgemeinbefinden. Glatter Verlauf der Heilung. Der zweite Fall gleicht dem ersten vollkommen bis zum Einsetzen von Lungenkomplikationen (Bronchopneumonie), Heilung. Auch ein Fall von postoperativer Darmlähmung ist unter der Wirkung von subkutaner Serumeinverleibung geheilt.

Vf. beobachtete in seinen Fällen sehr bald nach der Darreichung des Serums eine günstige Einwirkung auf das schwergeschädigte Herz, ein Herabgehen der

Temperatur, wo diese sehr erhöht war, das Schwinden der Schmerzen im Leibe und des Meteorismus, damit Einsetzen normaler Darmfunktion und Besserung des Allgemeinbefindens mit Wiederkehr ruhigen, tiefen Schlafes und Erwachen des Bewußtseins. Er hat den Eindruck gewonnen, dem man sich beim Studium der Fälle nicht verschließen kann, daß foudroyant septische Fälle, die in den ersten 48 Stunden zur Operation kommen, durch Hineingießen von etwa 50 cm³ Streptokokkenserum in die eröffnete Bauchhöhle und eventuell spätere subkutane Injektionen am Leben erhalten und Fälle, die kurz nach den ersten 48 Stunden zur Behandlung kommen und hoffnungslos erscheinen, durch Injektion von 25 cm³ und mehr Serum dem sicheren Tode entrissen werden.

Behandlung der Meningitis.

Ueber Heilung einer durch Meningokokken verursachten Zerebrospinalmeningitis durch intrarachidiale Kollargolinjektion berichten F. Widal und Louis Ramond im Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, Nr. 29, 1906. Die durch heftigen Kopfschmerz, Kernigsches Symptom, Nackenstarre, Ungleichheit der Pupillen, Herpes labialis charakterisierte Krankheit hatte bis zum Beginn der vierten Krankheitswoche einen ziemlich milden Verlauf genommen. Um diese Zeit stieg die Temperatur, die bis dahin immer um 38° geschwankt hatte, auf 40·4, der Puls von 110 auf 144, die Kranke verlor vollkommen das Bewußtsein. Es wurden ihr im Anschluß an eine Lumbalpunktion 5 cm³ einer 1%igen Kollargollösung in den Wirbelkanal gespritzt. Wenige Stunden danach änderte sich das Bild; die Kranke verstand wieder Fragen, Temperatur und Puls besserten sich; am Tage nach der Injektion Temperatur 38°, der Puls 112, ist kräftiger. Interkurrente Pneumonie verzögert die Rekonvaleszenz, doch wurde die Kranke fünf Wochen nach der Kollargolinjektion geheilt entlassen; nur eine Verstärkung der Patellarreflexe und eine Andeutung von Fußklonus erinnerten an die überstandene Krankheit. Was diesem Falle sein besonderes Interesse verleiht, ist weniger die offenbar durch die Kollargolinjektion in den Wirbelkanal bewirkte Heilung, denn derartige Fälle sind schon wiederholt publiziert worden, als vielmehr die Möglichkeit, an dem Befund des durch regelmäßige Lumbalpunktionen gewonnenen und mikroskopisch und bakteriologisch untersuchten Liquor cerebrospinalis die Wirkung der Kollargolinjektion zu verfolgen. Aus den Befunden der Autoren ist hervorzuheben: Während des milden Anfangsstadiums der Krankheit hatte die Zahl der Leukozyten (darunter durchschnittlich 90% polynukleäre Formen) 7940, 10.200 und 7600 per Kubikzentimeter betragen, um dann mit Eintritt der Verschlimmerung auf 2625 und später 671 zu sinken. Im Anschluß an die Punktion, die das letztgenannte Resultat ergab, wurde die Kollargolinjektion gemacht. Bei der nach drei Tagen vorgenommenen Lumbalpunktion war die Leukozytenzahl auf 14.066 gestiegen, gleichzeitig ließen sich im Liquor noch zahlreiche Kollargolpartikelchen nachweisen, außerdem intrazelluläre Meningokokken, deren Reinkultur gelang. Bei der nächsten, wiederum nach drei Tagen erfolgenden Lumbalpunktion betrug die Zahl der Leukozyten 7080, Meningokokken waren nur noch spärlich vorhanden, Kulturversuche waren erfolglos: zahlreiche Leukozyten waren mit Kollargolpartikelchen beladen. Nach weiteren drei Tagen waren aus dem Liquor sowohl Kollargol wie auch Meningokokken gänzlich verschwunden.

Behandlung der Abszesse mittels des Perhydrols.

Ueber die Behandlung der Abszesse mittels des Perhydrols macht R. Bierer (Lemberg) eine beachtenswerte Mitteilung. Das Präparat kam sowohl in voller Konzentration, also mit 30% H_2O_2, wie auch in Form einer zwölf volumenprozentigen (etwa

3 gewichtsprozentigen) Wasserstoffsuperoxydlösung (1 Teil Perhydrol plus 9 Teile Wasser) zur Anwendung. Bei Abszessen ist folgendermaßen zu verfahren: Eine mit verdünnter Lösung (10 cm³) gefüllte Nadel wird von dem einen Rande des Abszesses bis zu dem anderen quer durchgestochen, bis zur Mitte zurückgezogen und noch etwas tiefer eingeführt, worauf die Spritze entleert wird. An den beiden so geschaffenen Oeffnungen des Abszesses wird daraufhin ein brausendes Gemisch von Blut und Eiter herausgedrängt. Während die Kanüle stecken bleibt, wird die Spritze abgenommen, neuerdings gefüllt und unter sanftem Druck ebenfalls durch die Nadel entleert, worauf diese ganz zurückgezogen wird. Nun wird ein Verband mit in dieselbe Perhydrollösung getauchter Gaze, Watte und Billrothbatist angelegt. Der etwa noch zurückgebliebene Eiter wird auf diese Weise ebenfalls entfernt. Tags darauf sind Rötung, Schwellung und Schmerzen verschwunden. Wenn nötig, kann die Prozedur unter Benutzung der bereits vorhandenen Oeffnungen des Abszesses oder einer zweiten Infiltration wiederholt werden. Jedenfalls werden nach den Erfahrungen Bierers die Patienten auf diese Weise rascher als bei irgend einer anderen Behandlung wieder arbeitsfähig, ohne daß dabei ein umfangreicher Verbandapparat notwendig ist. Bei Mastitis verfährt er ähnlich mit bestem Erfolg.

Weiter wird auf die vorzügliche expektorierende Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds bei drohender Erstickung aufmerksam gemacht. — (Allg. med. Zentralztg., Nr. 49, 1906.)

Schicksale und Erfolge der bisherigen Tuberkulinkuren.

Karl Alexander Kopp berichtet in einer fleißigen Greifswalder Dissertation über die Schicksale und Erfolge der bisherigen Tuberkulinkuren in der Heilstätte Friedrichsheim bei Marzell der Landesversicherungsanstalt Baden. Zur Verwendung kamen Alttuberkulin Koch und Neutuberkulin (Bazillen-Emulsion) Koch aus den Höchster Farbwerken. Als Verdünnungsflüssigkeit für das Alttuberkulin wurde die von Koch angegebene 0·5%ige Phenollösung benutzt, für die Tuberkelbazillen-Emulsion ein Gemisch von physiologischer Kochsalzlösung mit 0·5%iger Phenollösung nach der Formel:

Rp. Acid. carbol. 0·5
Natr. chlorat. 0·6 oder 0·8
Aq. dest. ad 100·0
M. D. S. Zu Handen des Arztes.

Die Spritzkur wurde bei Kranken aller Stadien zur Anwendung gebracht, deren Allgemeinzustand keine Kontraindikation bot. Es wurde individuell verfahren, die Intervalle zwischen den einzelnen Injektionstagen waren ganz verschieden und richteten sich in der Hauptsache nach dem Allgemeinbefinden. Von 50 Patienten, deren Krankengeschichten der Vf. anführt, erhielten Alttuberkulin 26, Bazillenemulsion 21, beide Präparate 3. Die Patienten standen in 26%, respektive 28% im ersten, respektive dritten Stadium, in 46% im zweiten Stadium. Auf jeden kamen im Durchschnitt 16 Injektionen. Die Kurdauer schwankte zwischen 36 und 142 Tagen. Die mittlere Gewichtszunahme belief sich auf zirka 5·8 kg. Im ersten und zweiten Stadium wurden je 100% arbeitsfähig; im dritten Stadium 78·5%. Ein Vergleich der Erfolge des kombinierten Verfahrens mit denen der rein diätetischen Heilmethode ergibt eine Vermehrung der Heilerfolge um 14·3 bis 19·8% durch das kombinierte Verfahren. Vf. macht auch ausführliche Mitteilung über die unter der Tuberkulinkur auftretenden Nebenwirkungen. Besonders interessant sind die Fälle, in denen die Tuberkulinkuren in gewisser Injektionsbreite trotz früher oder erst kürzlich aufgetretener leichter Hämoptoën und Albuminurie und trotz noch bestehender Herzfehler durchgeführt wurden. — (Diss. Greifswald, 1906.)

Aeußere Alkoholanwendung bei entzündlichen Prozessen.

A. Raphael hat Uterusspülungen mit 45—50%igem Alkohol in

einigen Fällen bei Retention von Eihaut- und Plazentarresten sowie in einem Falle von Puerperalfieber angewandt. Er ging in der Weise vor, daß zunächst Scheide und Uterus mit Kamillentee ausgespült wurden, worauf er 200—300 cm³ 45—60%igen Alkohol langsam durchfließen ließ. Wurde diese Lösung, wie fast immer, gut vertragen, so wurde zu stärkerem Alkohol, bis zu 90%, übergegangen. Dabei erwies es sich doch als nötig, die äußeren Geschlechtsteile durch eine indifferente Salbe zu schützen. In der Gebärmutter und Scheide wurde der Alkohol als angenehm wärmend empfunden. Zum Schluß kam ein Alkoholwattetampon in die Scheide. Außerdem bekamen alle so behandelten Frauen eine Alkoholkompresse auf den Leib. In allen Fällen von Eihautretention sank unter dieser Behandlungsmethode das Fieber schnell, die Fetzen wurden bald ausgestoßen. Der Fall von Puerperalfieber endete nach wochenlanger Behandlung mit Genesung, doch läßt Vf. die Frage offen, ob auch in diesem Falle die Alkoholanwendung ausschlaggebend war. — (Therap. Monatsh., Nr. 9, 1906.)

Alkoholsilbersalbe.

Zur Behandlung der durch Kälte hervorgerufenen Stauungshyperämien, z. B. der Perniones der Ohren, Hände und Füße, besonders der schmerzhaften „Frostbeulen" empfiehlt A. Loewe (Dresden) die Alkoholsilbersalbe. Die Salbe vereinigt die Vorzüge des Alkohols und des löslichen Silbers (Kollargol) bei ihrer äußeren Anwendung; der Alkohol ruft durch seinen Reiz auf die Gewebe Hyperämie hervor und macht dieselben besonders geeignet zur Aufnahme des reizlosen und ungiftigen, aber antiseptisch wirkenden Kollargols. Die Salbe enthält ½% Kollargol, 70% eines 96%igen Alkohols, Natronseife, Wachs und etwas Glyzerin.

Gelatine.

Heermann empfiehlt gegen Menorrhagien den innerlichen Gebrauch von Gelatine sowohl während der Blutung in 10%iger Lösung mehrmals täglich 1 Eßlöffel, als auch in der Zwischenzeit zwischen den Perioden, mit Fruchtsäften, als Pudding etc. — (Therap. Monatsh., Nr. 9, 1906.)

3. Rezeptformeln.

Bronchitis, besonders der Emphysematiker.

Rp. Herb. Rosmarin. silvestr. 5·0
Fiat infus. ad colat. 120·0
Liq. Ammon. anis. 4·0
Syr. Althaeae ad 150·0

S. Zweistündlich ein Eßlöffel voll. — (Hilbert.)

Bronchitis subacuta mit reichlichem Auswurf.

Rp. Eucalyptol.
Tinct. Aconit. tuber. } āā gtt. I
Codein. 0·01
Terpin. hydrat.
Natr. benzoic. oder Pyrenol. } āā 0·1

M. f. pilul. Nr. I. D. t. D. Nr. XL.
S. Zwei- bis fünfmal täglich eine Stunde vor oder zwei Stunden nach dem Essen eine Pille zu nehmen.

Karbunkel.

Rp. Acid. salicylic. 2·0
Mellis crud. 20·0
Extr. Arnic. flor. 10·0

Farin. tritic. qu. s. ut f. ungt. molle.
D. S. Aeußerlich.

Diese Salbe ist alle 24 Stunden, frisch auf Borlint gestrichen, überzulegen und über die Salbe dann Watte und Guttaperchapapier. Hat aber der Karbunkel schon aufgebrochene Stellen, so sind diese mit kleinen Läppchen Borlint, getränkt mit 3% Karbolwasser, zu bedecken, darüber kommt dann erst breit die obige Salbe und darüber Watte. Täglich ist der Karbunkel möglichst ausgiebig auszudrücken und mit Karbolwasser zu reinigen. Hat sich dann der Eiterpfropf ganz abgestoßen, so ist die Höhlung mit Jodoformgaze (oder Vioformgaze) locker auszufüllen, darüber Watteverband. Sind die Granulationen schließlich bis zum Niveau der Haut heraufgewachsen, so ist zur Ueberhäutung eine Salbe aus 10% Xero-

formlanolin mit 5% Glyzerin täglich frisch aufzulegen. — (S t r ö l l.)

Parulis.

Rp. Natr. subsulfuros. 4·0
Aq. dest. 160·0
Syr. simpl. 30·0
M. D. S. Einstündlich ein Eßlöffel voll.

Nach 3—4 Eßlöffeln läßt der Schmerz allmählich nach und die Geschwulst zerteilt sich in der Regel in 24—48 Stunden. — (I d e.)

Vomitus gravidarum.

1. Rp. Menthol. 1·0
Solve in spirit. rectific. 30·0
Deinde adde
Syr. cort. Aurant. 30·0
M. D. S. Zwei- bis dreistündlich ein Teelöffel voll zu nehmen.

2. Rp. Cocaini hydrochlor. 0·1
(Chloral. hydrat. 3·0)
Aq. dest. 150·0
Aq. Cinnamom. ad 200·0
M. D. S. Zwei- bis Dreistündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

Blepharitis.

Rp. Thigenol
Vaselin. } āā 5·0
Cerae albae 2·5
ut f. ungt. consist. commun.
D. S. Abends nach Entfernung der Krusten (mit lauwarmer Borsäurelösung) auf die Lidränder aufzutragen. — (A. del M o n t e.)

Hydrops Aszites.

Rp. Fol. Digital. pulv. 0·1
Diuretin-Knoll 1·0
Sacch. alb. 0·3
M. f. pulv. D. t. D. Nr. X.
S. Dreimal täglich ein Pulver in Oblaten. — (E i c h h o r s t.)

Gicht.

Rp. Colchicin. Merck 0·05
Extr. Liquirit.
Pulv. Liquirit. } āā 1·5
M. f. p. Nr. XX.
2—3—4 Pillen innerhalb zweier Tage zur Verhütung eines Anfalles.

Hämorrhoiden.

1. Rp. Extr. Secal. cornut. 0·2
Morph. mur. 0·01
Butyr cacao 1·5
M. f. suppos. D. t. supp. Nr. X.

2. Rp. Extr. secal. cornut. 0·3
Anaesthesini 0·5
Butyr cacao 1·5
M. f. suppos. D. t. supp. Nr. X.

Hämoptoë.

Rp. Ergotin.
Sacch. lact. } āā 1·0
Opii pulv. 0·05
M. f. p. div. in p. aequ. Nr. V.
D. ad chart. cerat.
S. Einstündlich ein Pulver (aber nicht bei Schwangeren). Hierauf ein- bis zweistündlich 10 Tropfen von Extr. fluid. hydrast. Canad. auf einen Löffel Zuckerwasser. — (S t r ö l l.)

4. Varia.

Sterilisation der Laminariastifte.

Die S t e r i l i s a t i o n d e r L a m i n a r i a s t i f t e geschieht nach C. Stich am besten a u f t r o c k e n e m W e g e durch längeres E r h i t z e n auf 90 bis 95° C., da durch feuchte Sterilisation oder durch Behandlung der Stifte mit desinfizierenden Flüssigkeiten die Quellbarkeit der Laminaria beeinträchtigt wird. Nach D e b u c h y empfiehlt es sich, die auf irgend eine Weise sterilisierten Stifte nachträglich mit einer ätherischen J o d o f o r m l ö s u n g zu behandeln, wodurch bewirkt werden soll, daß sie steril bleiben und bei ihrer Anwendung gleichzeitig a n t i s e p t i s c h wirken. — (Pharm. Ztg., Nr. 91, 1906.)

Dr. B. W. Hairs Asthma Cure.

Dr. B. W. H a i r s A s t h m a C u r e ist nach K o c h s eine Flüssigkeit, welche etwa 5·6% Jodkalium in einer Mischung von Wein, Wasser und Alkohol enthält; außerdem waren in Spuren dem Holzteer entstammende Stoffe nachweisbar. Welcher Pflanze ein ebenfalls aufgefundener, anscheinend indifferenter Bitterstoff entstammte, konnte mit Sicherheit nicht

festgestellt werden. Lobelia, Digitalis, Strophanthus u. a. gegen Asthma Verwendung findende Pflanzenstoffe waren nicht zugegen. — (Pharm. Post, Nr. 44, 1906.)

Bücher-Anzeigen.*)

Die neuesten Arzneimittel und ihre Dosierung. Von Hermann Peters. 5. Auflage. Bearbeitet von Dr. J. Haendel.

In der fünften Auflage sind über 150 Präparate neu aufgenommen. Die einzelnen Mittel sind alphabetisch angeordnet und überdies unter der Krankheit, bei der sie am häufigsten Anwendung finden, angeführt. Bei jedem Medikament ist seine chemische Zusammensetzung, Farbe, Geschmack und Löslichkeit nebst der Fabrikationsstelle und Bezugsquelle angegeben. Auch der Apothekerpreis ist überall ersichtlich. Ein besonderes Verdienst gebührt dem Herausgeber dafür, daß die therapeutischen Versuche, die von einzelnen Aerzten zur Erprobung des betreffenden Mittels gemacht und als Abhandlung in Druck erschienen sind, vom Herausgeber in kurzen Worten skizziert sind, mögen die Erfahrungen günstige oder ungünstige gewesen sein. Die genaue Angabe der betreffenden Abhandlung im Literaturverzeichnis ermöglicht es, dem Praktiker, alles, was ihn besonders interessiert, nachzulesen. Ausführlicher als in ähnlichen Rezepttaschenbüchern ist hier die Serumbehandlung und Organtherapie angegeben. Jedenfalls ist dieses Büchlein für den praktischen Arzt ein sehr willkommenes, empfehlenswertes Nachschlagebuch.

Dr. Grünfeld.

Die Eheschließung vom gesundheitlichen Standpunkte. Von S. E. Henschen, Professor an der medizinischen Fakultät in Stockholm. Autorisierte Uebersetzung von Dr. Leo Klemperer, Karlsbad. Wien, Verlag von Moritz Perles, k. u. k. Hofbuchhandlung.

Ein wichtiges Kapitel der Hygiene wird in diesem schmucken Bändchen zu jedermanns Nutzen dargestellt und es ist ein hervorragender schwedischer Professor, der es unternommen hat, dieses Thema erschöpfend, rückhaltslos und klar zu behandeln. Dafür muß man ihm Dank wissen. Man beginnt endlich einzusehen, daß eine zielbewußte Hygiene die Aufklärung der großen Menge zur notwendigen Voraussetzung hat. Und gerade auf den Gebieten, auf welchen zum Schaden aller das offene Wort bisher ängstlich vermieden wurde, ist diese Aufklärung am wichtigsten. Die Frage: „Wer darf heiraten?“ wird hier wohl zum erstenmal vom gesundheitlichen Standpunkt aus von einer medizinischen Autorität populär beleuchtet. Da handelt es sich nicht nur um das eigene Wohl, sondern auch um Wohl und Wehe des anderen Eheteiles und der Nachkommenschaft; darum ist diese Frage für die ganze Gesellschaft wichtig wie keine zweite.

Das Büchlein von Prof. Henschen mag jeder ruhig zur Hand nehmen, er findet da Aufklärung und Rat über alles, was ihm zu wissen nottut. Das wichtige Thema der Tuberkulose wird eingehend besprochen und allen anderen inneren Leiden, den Nerven- und Geisteskrankheiten sowie den bei dieser Frage so sehr in Betracht kommenden venerischen Krankheiten eine ausführliche Behandlung gewidmet. Immer erfährt man, welche Prognose für den Leidenden selbst sich ergibt und ob durch Ansteckung der Gatte respektive die Gattin, durch Vererbung die Nachkommenschaft gefährdet ist. Es wird ruhig und klar ausgesprochen, wo solche Gefahren bestehen, und vor Leichtsinn gewarnt; es wird aber auch keine übertriebene Vorsicht gepredigt, sondern deutlich gesagt, wann der Arzt nach allen Erfahrungen kein Recht mehr hat, die Ehe zu untersagen. So wird das Gefühl der Verantwortlichkeit, wo es notwendig ist, geweckt und Ermunterung gespendet, wo dies am Platze ist.

Das von Dr. Leo Klemperer übersetzte Werkchen ist in angenehm lesbarem und leicht faßlichem Tone geschrieben.

E. Schwarz.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung **Moritz Perles**, Wien, I. Seilergasse 4.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Aus der III. med. Abteilung (Vorstand: Prof. H. Schlesinger) des k. k. Kaiser Franz Josef-Spitales in Wien.

Ueber Kephaldol, ein neues Antipyretikum und Antineuralgikum.

Von Dr. **Hugo Einhorn,** Sekundararzt der Abteilung.

Obwohl der medizinische Arzneischatz eine große Menge von antipyretisch und antineuralgisch wirkenden Mitteln besitzt, so muß es doch begrüßt werden, wenn in der täglich auftauchenden Menge einschlägiger Präparate sich das eine oder andere findet, das sich beim Gebrauche bewährt.

Von einem guten Antipyretikum muß verlangt werden, daß es in verhältnismäßig kleinen Dosen die Temperatur allmählich herabsetzt, keine konstanten unerwünschten Nebenwirkungen auf die verschiedenen Organe hat, welche Forderung ja bekanntlich eine Reihe von Präparaten erfüllen. Die Zahl dieser Mittel, von denen einige auch eine antineuralgische Komponente besitzen, ist aber keineswegs eine so große, daß jede weitere Vermehrung des Arzneischatzes durch neuere Medikamente, welche den geforderten Indikationen genügen, als überflüssig bezeichnet werden müßte.

Besonders zu begrüßen ist es daher, wenn ein Präparat nicht nur antineuralgisch und antipyretisch, sondern gleichzeitig auch antihydrotisch wirkt, umsomehr, wenn es im Gegensatz zu anderen Präparaten keine störenden Nebenwirkungen auf den Zirkulationsapparat äußert.

Es muß allerdings hervorgehoben werden, daß keiner dieser Arzneikörper als wirklich idealer bezeichnet werden kann, da wohl alle, auch die meistgebrauchten, gelegentlich Nebenwirkungen entwickeln (die wohl sehr häufig im einzelnen Falle auf Idiosynkrasie des betreffenden Individuums zurückzuführen sind), wodurch sich der weitere Gebrauch des angewandten Mittels häufig von selbst verbietet.

Schon aus diesem Grunde ist es als Gewinn anzusehen, wenn dem Arzt eine möglichst große Anzahl in therapeutischer Hinsicht gleichwertiger Präparate zur Verfügung stehen, wodurch es leichter möglich wird, einerseits beim Versagen des einen Mittels ein anderes heranzuziehen, anderseits aber eine gewisse Abwechslung in eine sonst zu eintönige Therapie zu bringen.

Es ist Sache der großen Spitalsabteilungen, derartige neu auf dem Markt erscheinende Arzneimittel, wenn sie nicht von vorneherein wegen ihrer Zusammensetzung als ungeeignet zurückgewiesen werden müssen, mit aller Vorsicht am Krankenmaterial zu prüfen. Denn nur auf diese Weise ist es möglich, dem praktischen Arzte, der ja meistens nicht in der Lage ist, Medikamente auf ihren Wert an klinischem Material zu erproben, das eine oder andere brauchbare Mittel an die Hand zu geben.

So wurde in den letzten Monaten auf unserer Spitalsabteilung Kephaldol, ein neues Antipyretikum und Antineuralgikum, auf seine Wirkungsweise geprüft und da es schätzenswerte Eigenschaften entwickelte, haben wir uns entschlossen, unsere Erfahrungen in Kürze mitzuteilen.

Ueber das Mittel liegen schon von anderer Seite Publikationen vor, welche seine Brauchbarkeit als Antipyretikum und Antineuralgikum bestätigen, und zwar die Arbeit von Rosenthal[1]) (Abteilung Prof. v. Stoffela) und von Fritsch[2]) (Abteilung Prof. Ortner),

[1]) Wien. klin. Rundschau 1906.

[2]) Wien. klin. Wochenschr. 1906.

welch letztere Arbeit ausführlicher ist und auch auf die antihydrotische Wirkung des Kephaldols aufmerksam macht.

Das Kephaldol, um in Kürze sein physikalisches und chemisches Verhalten zu rekapitulieren, ist ein gelblich weißes, ziemlich feines, etwas bitterlich schmeckendes Pulver, das in Wasser fast unlöslich, leichter in Alkohol löslich ist, und nach Angabe des Darstellers sich bei 185° C. zersetzt.

Seiner chemischen Zusammensetzung nach ist Kephaldol ein, durch eine unter bestimmten Verhältnissen erzielte Einwirkung von Zitronensäure und Salizylsäure auf Phenetidine resultierendes Reaktionsprodukt, wobei noch übrigbleibende freie Säure an Chinin gebunden, respektive durch Natr. carbonat. neutralisiert wurde.

Verordnet wird Kephaldol am besten in Oblatenkapseln.

Wir verabreichten das Kephaldol einer großen Anzahl von Patienten, die an den verschiedensten fieberhaften und neuralgischen Affektionen litten.

Die Dosen, in denen das Mittel ordiniert wurde, betrugen 1—5 g täglich. Wir konnten uns bald überzeugen, daß Kephaldol in einmaliger kleiner, etwa $^1/_4$ g Dosis gereicht, die Höhe der Temperatur vollständig unbeeinflußt läßt. Gibt man dagegen auf einmal eine größere Dosis, etwa $^1/_2$—1 g, so erzielt man in der Mehrzahl der Fälle ein Herabgehen der Temperatur um 1—$1^1/_2$°. Bei manchen Fällen, in dieser Beziehung sei auf die überaus prompte Wirkung bei Erysipel verwiesen, erzielt man regelmäßig einen starken Temperaturabfall durch $^1/_2$ g auch bei vorausgegangenem hohen Fieber bis zur Norm, ja sogar bei einzelnen Fällen — ohne Kollaps — bis unter die Norm.

Der Temperaturabfall selbst tritt innerhalb eines Zeitraumes von einer Stunde auf, manchmal unter heftigem Schweiß (besonders bei Phthisen), während der hie und da besonders starke Temperatursturz bei Erysipel häufig von keinem besonderen Schweiß gefolgt ist. Wir gewannen immerhin den Eindruck, als wäre die Stärke des Schweißausbruches ziemlich proportional der Hinfälligkeit des Kranken.

Was die Intensität des Schweißes anbetrifft, so muß hervorgehoben werden, daß sie in einzelnen Fällen eine ganz erhebliche war. Die Dauer der antipyretischen Wirkung hängt einerseits von der Menge des verabreichten Medikaments, anderseits von der Wiederholung der Darreichung ab, schließlich aber auch von dem Umstande, ob das Fieber ein leicht haftendes war oder nicht.

Denn in einer Reihe von Fällen erzielt man, allerdings, wie schon erwähnt, durch einmalige Darreichung einer größeren Gabe Temperaturabfall, der aber nur von kurzer Dauer ist, so daß bald wieder die alte Fieberhöhe erreicht wird. Das ist hauptsächlich bei Erkrankungen der Lungen und Bronchien, sowohl tuberkulöser als auch nichtspezifischer Natur der Fall. Ferner kommt es vor, daß durch Darreichung einer (einmaligen) großen Dosis auch nicht einmal vorübergehender Temperaturabfall zu erzielen war. Derartige Fälle sind aber entschieden höchst selten. Wir versuchten daher, durch wiederholte kleine Gaben die Patienten zu entfiebern und ordinierten zu diesem Zwecke in ein-, höchstens zweistündigen Intervallen Dosen von 0·25—0·5 bis zu einer Gesamtmenge von 4 g pro die, oder aber wir warteten das Resultat einer einmaligen größeren Kephaldolgabe, etwa 1 g, ab, reichten dann sofort wieder bei Temperaturanstieg eine kleinere Dosis von 0·25 bis 0·5 u. s. w. Auf diese Weise, entweder langsame Entfieberung durch wiederholte kleine Gaben, oder brüske Herabsetzung durch eine große Dose mit Verhinderung neuerlichen nennenswerten Temperaturanstieges (nicht über 37·5°) durch weitere kleinere Kephaldoldosen, gelingt es in der Tat, Entfieberung herbeizuführen und eventuell durch ganz kleine Dosen die Temperatur zunächst normal zu erhalten, bis sie auch ohne Antipyretikum normal bleibt.

Derartige Erfolge zeigen sich besonders schön bei Ordination des Mittels bei hochfieberndem Erysipel, welche Krankheit nicht allzu selten hohe Temperaturen bis über 41° zeitigt. Es gelingt bei dieser Erkrankung fast ausnahmslos, durch Kephaldoldarreichung in kurzer Zeit Entfiebe-

rung, und so auch eine Besserung des Allgemeinzustandes herbeizuführen.

In ähnlicher Weise, wenn auch nicht immer so prompt wie beim Erysipel, wirkt das Kephaldol antipyretisch bei anderen akuten und chronischen fieberhaften Erkrankungen, wo eben eine langsame künstliche Entfieberung des Patienten erwünscht erscheint.

Sehr wichtig bei Beurteilung fieberherabsetzender Mittel ist die Wirkung auf den Zirkulationsapparat. In dieser Beziehung kann hervorgehoben werden, daß weder bei vorübergehendem noch dauerndem Kephaldolgebrauch Nebenwirkungen auf den Zirkulationsapparat beobachtet werden konnten. Es kommt weder zu Herzklopfen, Arhytmien, Kongestionen noch zu anderen subjektiven Sensationen des Herzens, noch zu Pulsbeschleunigung durch etwa absinkende Herzkraft, sondern der Puls wird im Gegenteil voller, kräftiger. Selbst in Fällen von ausgesprochener chronischer Herzschwäche durch Myodegeneratio cordis bei interkurrenter, akut fieberhafter Erkrankung, beispielsweise Erysipel, konnten wir keine Verschlechterung der Funktion des Zirkulationsapparates selbst nach großen Kephaldolgaben konstatieren.

In gleicher Weise ließen sich, wie schon erwähnt, bei längerem Kephaldolgebrauch, beispielsweise als Antineuralgikum, weder objektive noch subjektive Störungen von Seite des Zirkulationsapparats feststellen.

Ohne Nebenwirkung ist das Mittel auch auf die Funktion des Harnapparates, sowohl was die Menge als die chemische Zusammensetzung des Harnes betrifft. Es muß also als ein für die Niere vollständig unschädliches Präparat bezeichnet werden.

Ebensowenig wird durch Kephaldol das psychische Verhalten der Kranken als die Sinnesorgane alteriert. Flimmern vor den Augen, Skotome, Schwerhörigkeit, Ohrensausen oder dergleichen, konnten wir weder bei hohen Dosen noch bei dauerndem Gebrauche konstatieren, wie es bei dauerndem Salizyl- oder Chiningebrauch gelegentlich der Fall ist.

Dagegen muß konstatiert werden, daß in einzelnen Fällen über Beschwerden von Seite des Magens geklagt wurde. So gaben einzelne Patienten an, daß sie nach Einnahme des Mittels ein Gefühl von Kälte im Magen verspürten, das dann nach einiger Zeit verschwand. Einzelne Patienten verspürten Ueblichkeiten, die sich zu Erbrechen steigerten, und zwar schon nach verhältnismäßig kleinen Dosen. Anderseits konnte auch konstatiert werden, daß, wenn auch die erste oder zweite Gabe von Magendruck, Kältegefühl und Aufstoßen begleitet war, die folgenden Dosen anstandslos vertragen wurden.

Störungen von Seite des Darmkanals, Diarrhöe, Obstipationen, kolikartige Schmerzen fehlten immer, ebensowenig sahen wir Exantheme bei unseren Fällen auftreten.

Im Anschluß an die antipyretische Wirkung des Kephaldols möge noch auf seine antihydrotische Komponente hingewiesen werden, auf die Fritsch (l. c.) aufmerksam macht. Wir konnten bestätigen, daß beispielsweise bei einer Reihe von Phthisikern, die an Nachtschweiß litten, nach Einnahme einer größeren Menge, etwa 1 g Kephaldol am Abend, in ziemlich kurzer Zeit Schweiß auftrat, der aber bald verschwand, um, wie einige Patienten sich ausdrückten, einer angenehmen Kühle und Frische Platz zu machen, ohne daß der sonst so quälende Nachtschweiß sich einstellte. Wir haben zirka 15 Fälle von Nachtschweißen der Phthisiker mit Kephaldol behandelt und konnten, mit Ausnahme von drei Fällen, die sich refraktär verhielten, ein auffälliges Zurückgehen der Nachtschweiße beobachten.

Wo wir antihydrotische Wirkung erzielen wollten, gaben wir das Mittel in der Menge von 1 g auf einmal in den Abendstunden.

Was die antineuralgische Wirkung des Kephaldols betrifft, konnten wir folgendes in Erfahrung bringen. Bei akuten Gelenksrheumatismen konnten wir keine wesentliche Besserung mit Kephaldol erzielen. Besser ist seine Wirkung bei chronischem Gelenksrheumatismus, auch solchem auf gonorrhoischer Basis, besonders bei Ischialgien und Hemikranie.

Ganz besonders gute Erfolge hatten wir mit Kephaldol bei einigen Nervenkrank-



heiten. So konnten wir bei einem Patienten, der an Syringomyelie mit sehr heftigen neuralgischen Schmerzen in den Schultern, Rücken und unteren Extremitäten leidet, durch fortgesetzten Kephaldolgebrauch in Dosen von 0·5 mehrmals täglich mit Befriedigung konstatieren, daß die Schmerzen sich vollständig verloren, beim Aussetzen des Mittels wieder auftraten, um bei neuerlicher Verabreichung abermals zu verschwinden. Weiters konnten wir ebenfalls recht bemerkenswerte Erfolge bei Behandlung der neuritischen und lanzinierenden Schmerzen der Tabiker erzielen, wobei besonders auf einen Fall verwiesen werden soll, wo fast alle in Anwendung gebrachten Antineuralgika wirkungslos blieben.

In Fällen von rein nervösem Kopfschmerz ist Kephaldol den anderen in Verwendung kommenden Mitteln vollkommen ebenbürtig. Bei Kopfschmerzen infolge Hirntumor und Meningitis hatte es keine wesentliche Wirkung.

Wir lassen jetzt zur Illustrierung der skizzierten Wirkungsweise des Kephaldols eine Anzahl von Temperaturkurven und Krankengeschichten folgen, welche als Paradigma der Wirkungsweise des Kephaldols gelten sollen.

1. D. F. 18jähriger Hilfsarbeiter. Zwei Wochen vor Spitalsaufnahme Husten, eitriger Auswurf, Stechen zwischen den Schulterblättern, kein wesentlicher Nachtschweiß. Aus dem Aufnahmestatus sei hervorgehoben, daß beiderseits verkürzter Schall über den Spitzen mit feinblasigem Katarrh zu konstatieren war, daneben bestand ausgebreitete basale Bronchitis. Puls 100, regelmäßig. Tuberkelbazillenbefund positiv.

Das Fieber anfangs unregelmäßig (vide Temperaturkurve I) viermal 0·25 Kephaldol drückt das Fieber schon in den ersten Tagen bis unter 38°, weiterer Kephaldolgebrauch erhält das Fieber, welches nur ganz vorübergehend über 38° stieg, dauernd unter dieser Höhe. Patient schwitzt sehr wenig, bekommt durch sechs Wochen täglich Kephaldol ohne irgendeine Nebenwirkung, das Allgemeinbefinden hat sich wesentlich gebessert. Temperaturen dauernd niedrig, zeigen nur selten die Tendenz zu Intermissionen.

2. W. A., 43jähriger Kutscher, seit einigen Monaten starke Abmagerung, heftige Brustschmerzen, Husten, reichlich schleimig-eitriger Auswurf, Nachtschweiße, die den Patienten sehr schwächen. Lungenbefund äußerst reichlicher diffuser Kartarrh über beiden Lungen, deutliche Spitzendämpfung sowie ausgesprochene Blähung der vorderen Lungenränder. Tuberkelbazillen: positiver Befund. Ziemlich leise Herztöne, Puls 120, Spannung entschieden unter der Norm. Patient ist stark zyanotisch.

Das Fieber, das 39° erreicht hat, zeigt einen ausgesprochenen intermittierenden Charakter (Temperaturkurve 2) mit starken langandauerndem Schweißausbruch bei gleichzeitigem Temperaturabfall. Nach Einnahme von in zweistündlichen Intervallen gereichten 0·5 Kephaldolgaben, bis zur Tagesmenge bis 4 g sinkt die Temperatur sofort bedeutend herab, das Fieber wird remittierend. $^1/_2$ Stunde nach dem zweiten 0·5 g Kephaldol tritt ziemlich plötzlich ein zirka eine Stunde dauernder sehr starker Schweiß auf, der dann von einem angenehmen Gefühl der Kühle gefolgt ist. An Stelle der früher bis in die Mittagsstunden dauernden Morgenschweiße treten die kurzen nach Kephaldolgebrauch; Patient fühlt sich viel weniger geschwächt als früher und da auch die Temperaturen keinen so hohen Grad mehr erreichen, fühlt sich Patient entschieden besser.

Beim Aussetzen des Kephaldols steigt die Temperatur alsbald wieder über 39°, um nach neuerlichen Darreichung des Mittels sofort stark hinunterzugehen.

3. K. H., 34jähriger Kutscher. Patient leidet schon längere Zeit an beiderseitiger Spitzenaffektion, die ihn bereits einmal in das Spital geführt hat und sich in den letzten Wochen vor der neuerlichen Spitalsaufnahme bedeutend verschlechtert hat. Außerdem traten Oedeme beider unteren Extremitäten auf. Patient hat einen beiderseitigen manifesten Spitzenkartarrh, außerdem starken Auswurf, der tuberkelbazillenhältig ist, starke Oedeme der unteren Extremitäten, Herzspitze nach links verlagert, Spitzenstoß verbreitert, deutliche Akzentuation des zweiten Aortentones, Radialpuls hart, stark gespannt, Pulsfolge regelmäßig 90. Im Harn 3‰ Albumen, spezifisches Gewicht 1010, im Sediment reich-

Einhorn: Kephaldol.

Name: D. F.

3×0·5

3×0·5

3×0·5

3×0·5

2×0·5

2×0·25

viermal täglich 0·25

viermal täglich 0·25

Kephaldol 0·25
" 0·25
" 0·25
" 0·25

Krankheit: Tuberculosis pulmonum.

Temperaturkurve Fall I.

Einhorn: Kephaldol.

2 stündlich 0·5 Kephaldol

Kephaldol ausgesetzt

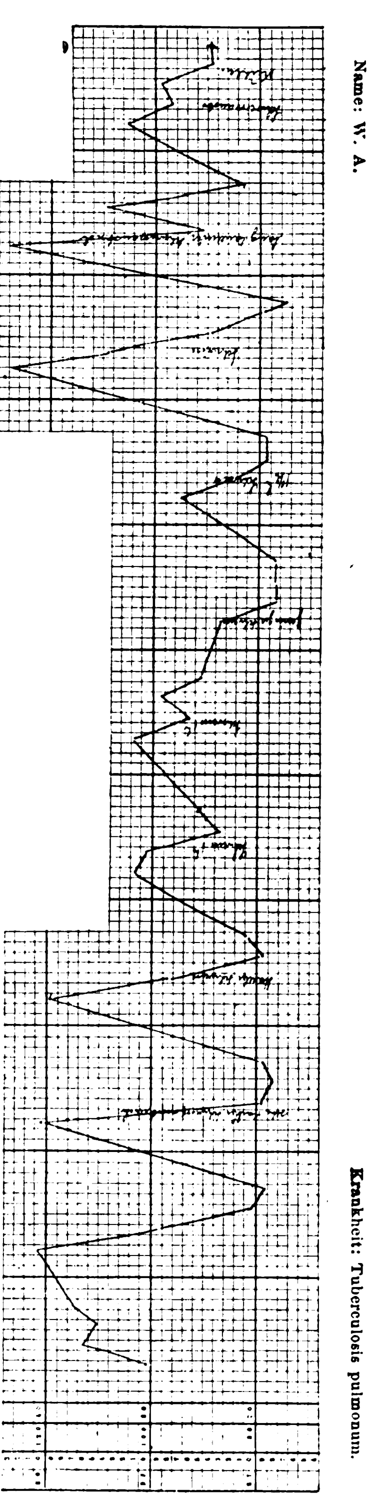
Kephaldol ausgesetzt

2 stündlich 0·5 Kephaldol

2 stündlich 0·5 Kephaldol

2 stündlich 0·5 Kephaldol

2 stündlich 0·5 Kephaldol

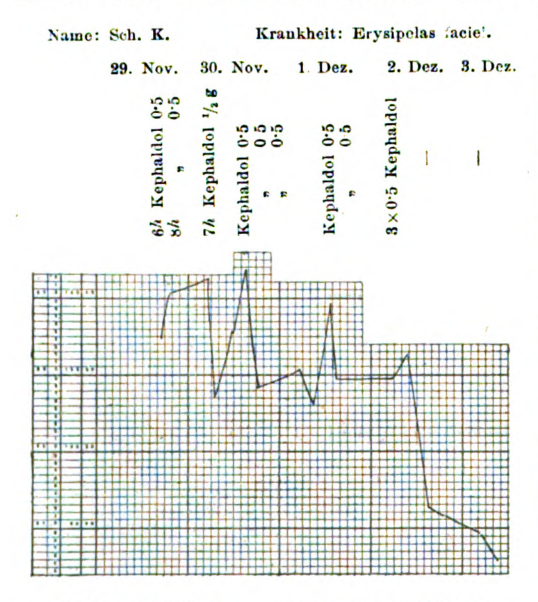


Name: W. A.

Krankheit: Tuberculosis pulmonum.

Temperaturkurve Fall II.

liche hyaline sowie lange grobgekörnte Zylinder. Fieber unregelmäßig, manchmal intermittierend bis 39°. Unter 3 g Kephaldol täglich, starkes Herabgehen des Fiebers, bisher etwas Nachtschweiße, die unter Kephaldol nach anfänglichem starken Schweißausbruch verschwinden. Unter entsprechender Diät sinkt der Eiweißgehalt auf kaum $^1/_4{}^0/_{00}$ Esbach herab und trotz mehrwöchentlichem ununterbrochenen Gebrauch von Kephaldol, dessen Dosis wegen einer in den letzten zwei Wochen aufgetretenen Neuralgia paraesthetica sogar auf 4 g erhöht wurde, ließ sich keine Nebenwirkung auf die erkrankte Niere konstatieren. Auch die neuralgischen Schmer-

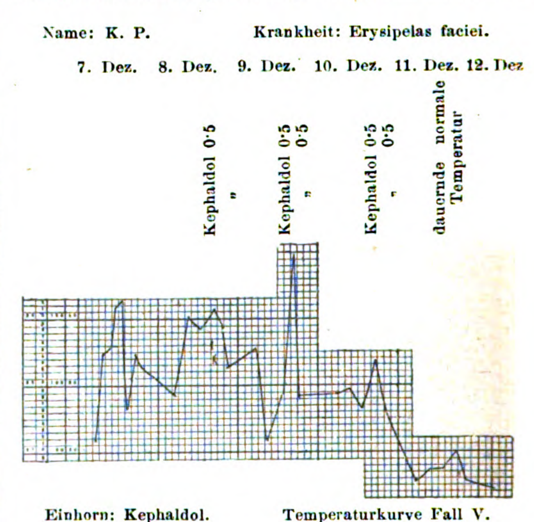


Einhorn: Kephaldol. Temperaturkurve Fall IV.

zen ließen nach Erhöhung der Dose sehr rasch nach.

4. Sch. K., 40jährige Frau, seit drei Tagen über die ganze linke Gesichtshälfte und die linke Ohrmuschel ausgebreitetes Erysipel. Temperatur am ersten Tage 40°, nächsten Tag früh 40·2°, die Nacht über schlaflos, Delirien, heftige Kopfschmerzen, Patientin erhält 2 g Kephaldol pro Tag. $^1/_2$ g bewirkt innerhalb einer Stunde einen Temperaturabfall auf 38·7, Puls 96, nachmittags wieder Anstieg bis 40·3, nachmittags 4 bis 8 Uhr werden $1^1/_2$ g gereicht, welche einen Abfall der Temperatur um fast $1^1/_2{}^0$ zufolge haben. Mit dem Hinuntergehen der Temperatur hören die Kopfschmerzen und Delirien auf, die früher außerordentlich heftig waren. Patientin bekommt am nächsten Vormittag dreimal 0·5 g Kephaldol, am Nachmittag noch einmal 0·5 g, worauf die Temperatur bis abends, trotz Fortschreitens des Erysipels auf den Nacken, auf 37·1° abfällt, bei vollkommen zufriedenstellender Herzaktion und vollem Puls von 84 Schlägen. Temperatur bleibt von da an normal, der übrige Heilungsverlauf ungestört.

5. K. P., 27jährige Gouvernante, seit zwei Tagen Gesichtserysipel, welches in drei Tagen ablauft, wobei die Temperatur normal wird. Am siebenten Tag Rezidiv von der behaarten Kopfhaut ausgehend unter gleichzeitigem starken Kopfschmerz und Prostration. Steiler Temperaturanstieg bis auf 39·2°, am nächsten



Einhorn: Kephaldol. Temperaturkurve Fall V.

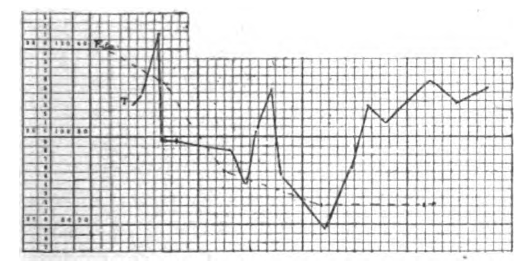
Tag Ausbreitung des Erysipels über den Rücken, subjektive Beschwerden unverändert. Kephaldol 0·5 zweimal gereicht, bewirken Temperaturabfall auf 38·2°, über Nacht noch weiteren Abfall bis 37·1°. Am nächsten Tag geht die Temperatur ohne Kephaldoldarreichung bis 39·9, zweimal 0·5 g Kephaldol in einstündigen Intervallen gereicht, läßt die Temperatur auf 37·8 herabsinken unter gleichzeitiger Besserung des Allgemeinbefindens und der Kopfschmerzen. Der früher sehr frequente Fieberpuls geht stark herab.

Am nächsten Tag nochmaliges Ansteigen auf 38·3°, am Nachmittag auf zwei 0·5 g Kephaldol, Herabgehen der Temperatur bis

zur Normale ohne Schweißausbruch; Temperatur bleibt von da ab normal, obwohl das Erysipel noch nicht zur Ausheilung gelangt ist.

6. L. C., 60jährige Frau, schweres Gesichtserysipel, ausgesprochene Myodegeneratio cordis. Puls 120, schlecht gespannt, arhythmisch, abends Delirien, starke Kopfschmerzen, Temperaturen bis 39°. Patientin bekommt stündlich Kephaldol in 0·5 Dosen, schon nach dem zweiten 0·5 g Temperatur 37·9°, nach Einnahme von im ganzen 2 g Kephaldol weitere Temperaturabnahme bis 37·4. Puls 92, rhyth-

Name: C. L.
Krankheit: Erysipelas faciei — Myodegeneratio cordis.



Einhorn: Kephaldol. Temperaturkurve Fall VI.

misch. (Patientin bekam auch Infusum foliae Digitalis.)

Beim Aussetzen des Kephaldols am nächsten Tag wegen Magenbeschwerden stieg die Temperatur wieder bis 38·6; höhere Temperaturen wurden dann nicht mehr ereicht; allerdings ging das Fieber, da kein weiteres Antipyretikum gereicht wurde, erst beim Abklingen des Erysipels dauernd herunter.

7. K. H., 40jähriger Sicherheitswachmann, chronischer rezidivierender Gelenksrheumatismus des rechten Kniegelenks, ob auf gonorrhoischer Basis, läßt sich nicht mit Sicherheit konstatieren. Gegen die sehr heftigen Schmerzen im geschwellten Kniegelenk, die ohne Temperaturanstieg verliefen, wird Kephaldol in Einzelgaben von 0·5 g bis zur Tagesmenge von 4 g verordnet. Bereits nach zwei Tagen starkes Nachlassen der Schmerzen, das vorher fast völlig immobile Gelenk kann bewegt werden; am vierten Tag ist Patient völlig beschwerdefrei, die Schwellung verschwunden.

8. O. v. St. leidet seit Jahren an Syringomyelie mit heftigen neuralgischen Schmerzen im Rücken und den Extremitäten. Eine große Reihe zur Bekämpfung der neuralgischen Beschwerden verwendeten Antineuralgicis führt keinerlei Besserung herbei. Ordination von 3 g Kephaldol pro die führt schon nach wenigen Tagen ein ganz auffälliges Nachlassen der Schmerzen herbei; Patient nimmt jetzt ständig, zirka $^1/_4$ Jahr Kephaldol in kleinen Mengen, ohne daß die Schmerzen wieder auftraten. Beim probeweisen Aussetzen des Mittels traten nach wenigen Tagen die Schmerzen wieder auf, verloren sich aber wieder rasch unter weiterem Kephaldolgebrauch.

9. Z. J., 34jähriger Geschäftsdiener, typische Tabes dorsalis. Sehr heftige lanzinierende Schmerzen in den unteren Extremitäten; daneben bestanden äußerst heftige neuritische Schmerzen im Nacken, Hinterhaupt, die in die Schultern ausstrahlten. Nach Darreichung von Kephaldol in der Tagesmenge von 3 g ließen die Schmerzen in kurzer Zeit bedeutend nach, das Allgemeinbefinden besserte sich und Patient blieb nach längerem Kephaldolgebrauch frei von seinen äußerst quälenden Schmerzen.

Wir begnügen uns mit der Wiedergabe dieser Krankengeschichten, weil sie die Wirkungsweise des Kephaldols wohl recht prägnant charakterisieren und unsere Erfahrungen an den übrigen zahlreichen Fällen sich mit den eben geschilderten bis auf unwesentliche Details decken. (Pleuritis, Perikarditis, Endokarditis u. s. w.)

Leider war es uns nicht möglich, mangels geeigneten Materials bei typhösen Erkrankungen das Mittel auf seine antipyretische Wirkung zu prüfen, obwohl ja bei diesen Erkrankungen ein Antipyretikum meistens entbehrt werden kann.

Zusammenfassend können wir wohl sagen, daß Kephaldol ein prompt wirkendes

Antipyretikum darstellt, das besonders bei gewissen akuten und chronischen fieberhaften Erkrankungen vorzüglich wirkt.

Seine Indikation als Antineuralgikum betrifft vor allem echte neuralgische und neuritische Beschwerden, die es ebenfalls in ausgiebigster Weise zu bekämpfen vermag; weniger prompt wirkt es bei akuten, besser bei chronischen artikulären Affektionen.

Wir konnten schließlich die antihydrotische Komponente des Kephaldols, auf die Fritsch hingewiesen, bestätigen.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Chef und Lehrer Herrn Prof. Dr. Hermann Schlesinger für die Ueberlassung des Materials sowie für seine freundliche Unterstützung bei Abfassung dieser Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Auch dem Assistenten der Abteilung Herrn Dr. Wiesel gebührt mein Dank für seine vielfachen wertvollen Ratschläge bei der Bearbeitung des Stoffes.

REFERATE.

Innere Medizin.

Herz und Gefäße.

1. **Ueber die Wege der Kompensation bei Fehlern der Trikuspidalklappe.** Von Margan Franke, Lemberg. Ref. Einstein, Stuttgart.
2. **Der Venenpuls.** Von S. Baum. Ref. F. Perutz, München.
3. **Die kardiale Albuminurie.** Von Ch. Fiessinger. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Ueber Arteriosklerose und deren Beziehungen zu Erkrankungen der Niere.** Von Lustig, Meran. Ref. Einstein, Stuttgart.
5. **Zur Therapie und Prophylaxe der Arteriosklerose.** Von J. A. Goldmann. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Klinisch-therapeutische Studien zur Arteriosklerose.** Von Ludwig Weil, Stuttgart. Ref. Einstein, Stuttgart.
7. **Ueber die Therapie der Aortenaneurysmen.** Von Fr. Rosenfeld, Stuttgart. (Autorreferat.)
8. **Herz und Schwangerschaft.** Von Dr. Pollack, Prag. Ref. G. Wiener, München.
9. **Ueber Digalen (Digitoxinum solubile Cloetta).** Von Eberhard Veiel. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
10. **Ueber den therapeutischen Wert des Digalens.** Von M. Varanini. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
11. **Ueber die Kumulativwirkung der Digitalis.** Von M. Cloetta. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
12. **Ueber das Alkaloid der Acocanthera Schimperi.** Von Stadelmann, Berlin. Ref. Fritz Loeb, München.

1. Trikuspidalfehler sind, entgegen der herrschenden Meinung (Romberg, Krehl), längere Zeit kompensierbar und daher nicht von so ungünstiger Prognose, wie gewöhnlich angenommen wird. Zur Kompensation tragen drei Faktoren bei: 1. die Tätigkeit der stets hypertrophierten rechten Kammer, welche in ihrer Diastole das Blut aus dem Vorhof und den großen Venen aussaugt und in verstärkter systolischer Arbeit den normalen Blutdruck in der Pulmonalis aufrecht erhält, 2. die Elastizität und passive Resistenz der Venenstämme und des rechten Vorhofs und 3. die selbstregulierende Tätigkeit des peripheren Kreislaufs, und zwar in erster Linie der Leber. Letztere saugt das Blut von der Vena portae kräftiger an, wodurch eine Stauung im Pfortadergebiet verhindert wird, und treibt dann durch eine verstärkte Systole der Lebergefäße das Blut mit größerer Kraft in die Vena cava inferior.

Bei allen drei vom Vf. angeführten Fällen war die von Volkart als typisch für die Trikuspidalinsuffizienz beschriebenene Schaukelbewegung des Herzens deutlich erkennbar, d. i. ein Einsinken der Herzgegend bei der Systole, während gleichzeitig der untere Teil des Sternum und die rechte Thoraxhälfte emporgehoben wird. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 31, 1906.)

2. In seiner fleißigen, der Marburger Klinik entstammenden Arbeit gibt der Vf. unter kritischer Würdigung der älteren und neueren Literatur einen zusammenfassenden Ueberblick über die Lehre vom Venenpuls. Es wird der pathologische Bulbus und Jugularvenenpuls, der Lebervenenpuls und auch der physiologische Venenpuls einer eingehenden Darstellung unterworfen. Letzterer spielt bei der Analysierung der Vorgänge am Herzen eine wichtige Rolle. Bezüglich des pathologischen Jugularvenenpulses besteht der Satz von Bamberger noch zurecht, daß er charakteristisch ist für Trikuspidal- und Halsvenenklappeninsuffizienz. Je höher seine Welle, desto kräftiger die Kontraktion des Ventrikels. — (S. A. aus den Verhandlungen der phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg N. F. Bd. 38.)

3. Die kardiale Albuminurie wird sehr oft verkannt, indem die Albuminurie für das Symptom eines Nierenleidens gehalten wird. Handelt es sich wirklich lediglich um ein solches, so setzt man den Kranken auf kochsalzarme lakto-vegetabilische Kost mit Theobromin zwei- bis dreimal täglich 0·5. Ist die bestehende Dyspnoe verschwunden, so kann man unter guter Gewichtskontrolle langsame Salzzulagen bis 6 g pro die geben. Rückkehr der Dyspnoe und Gewichtssteigerung fordern zur sofortigen Wiederaufnahme der strengen Vorschriften auf. Fleisch, auch salzfrei zubereitet, gebe man nur sehr vorsichtig. In solchen unkomplizierten Fällen sind Digitalispräparate unnötig; in vorgeschritteneren Fällen allerdings, mit Herzgeräuschen an Aorta und eventuell Mitralis, ist dies anders. Die Diät bleibt zwar die gleiche, aber mit Flüssigkeitsbeschränkung auf 1500—1800 cm³. Zum Theobromin gibt man kleine Dosen Digitalin. Man verschreibt es in 1⁰/₀₀iger Lösung und gibt 5 Tropfen zehn Tage lang jeden Morgen um 10 Uhr (oder in granules à 0·1 mg). Nach 10—20 Tagen Pause gibt man es wieder 10 Tage lang; mittags nach Tisch und vor dem Schlafengehen werden 0·5 Theobromin verabreicht. Ist stärkere Herzschwäche mit Dilatationserscheinungen vorhanden, mit Leberschwellung und reichlicher Albuminurie, eventuell mit Oedemen, so wird man bei fettleibigen Patienten energisch auf Abmagerung dringen. Man gibt zum Frühstück 60—80 g kaltes Fleisch, ohne Salz, 10 g Brot, eine Tasse leichten Tees ohne Zucker; mittags 100—125 g Fleisch, ohne Salz und Sauce, schwach gesalzene grüne Gemüse, in Wasser gekocht, ohne Butter, 30 g Brot, zwei Tassen Tee ohne Zucker; um 4 Uhr: eine Tasse Tee; um 7 Uhr: zwei gekochte Eier ohne Salz, grüne Gemüse, Brot und Tee wie mittags. Ist dies zu wenig, so gibt man mehr Fleisch und Eier, bei starkem Durst etwas Mineralwasser. Fleisch wird in solchen Fällen auffallend gut ertragen. Digitalin wird dabei wie oben beschrieben gegeben, ebenso Theobromin dreimal 0·5. Ist keine Fettleibigkeit vorhanden, so bestehe man immer auf Flüssigkeitbeschränkung. Man gibt zum Frühstück eine leicht gezuckerte Milchspeise; mittags: ein Stückchen schwach gesalzenes Fleisch, leichte Gemüse mit frischer Butter, Reis mit Früchten etc., alles möglichst salzarm; um 4 Uhr: eine Tasse Milch; um 7 Uhr: eine Milchspeise, 1—2 Eier. Tagsüber 100—150 g Brot. Da die Milchspeisen zusammen zirka 1000 cm³ Flüssigkeit enthalten, bleiben noch zirka 500 cm³ für Mineralwasser übrig. Theobromin gibt man wie oben, bei der Digitalindarreichung wird man weniger Pausen machen dürfen als in den mit Fettleibigkeit komplizierten Fällen, höchstens 8—10 Tage. Man kann es ruhig 12—15 Tage geben und dann nur 5—6 Tage Pause lassen. In Fällen mit Klappenfehlern muß man öfter zu höheren Dosen greifen und gibt 4 Tage lang eine Granule von 0·25 mg oder 10—12 Tropfen der 1⁰/₀₀igen alkoholischen Lösung; nach 14 Tagen Pause gibt man es wieder 4 Tage. Theobromin wird 3—6 Wochen genommen, dann 1—2 Wochen Pause. — (Journ. des Praticiens Nr. 39, 1906.)

4. Die Arteriosklerose verdankt ihre Entstehung in den meisten Fällen einer zu üppigen Lebensweise, besonders auch einem übermäßigen Alkohol- und Tabaksgenuß. Auch Kaffee und Tee, in großen Mengen genossen, tragen zur Entstehung der Krankheit bei. Schädlich sind häufige

Aufregungen, große geistige Ueberanstrengungen, sitzende Lebensweise. Disponierend wirkt eine vererbte oder erworbene Widerstandsschwäche der Blutgefäße.

Die Nieren bilden infolge übermäßiger Inanspruchnahme und durch den Reiz der ausgeschiedenen toxischen Stoffe häufig den ersten Sitz der Arteriosklerose; es kommt in ihnen zu Schrumpfungsvorgängen. Umgekehrt entsteht die Arteriosklerose oft auf Grund einer Nierenentzündung. Dies ist besonders bei der Gefäßverkalkung der Jugendlichen der Fall.

Manche Berufe sind von der Arteriosklerose bevorzugt, so z. B. der journalistische und ärztliche. Gerade bei diesen beiden sah Vortragender häufig Arteriosklerose im besten Mannesalter mit besonderer Bevorzugung von Hirn und Nieren. Wie stark die Krankheit verbreitet ist, lehrt die Statistik einer großen Versicherungsgesellschaft, nach welcher in den letzten 25 Jahren unter 10.000 Todesfällen 27% auf Arteriosklerose und nur 5% auf Tuberkulose zurückgeführt werden.

Die Diagnose stützt sich u. a. auf die Blutdrucksteigerung, die der Arteriosklerose und chronischen Nephritis gemeinsam ist. Die Blutdruckmessungen sollten vom praktischen Arzte viel mehr angewendet werden, als es bis jetzt geschieht.

Die Prognose ist im Anfang der Krankheit günstig, aber auch bei etwas weiterem Fortschreiten sind noch Besserungen möglich.

Die Behandlung besteht in der Ausschaltung der schuldigen Faktoren und in einer rationellen Diät. Diese besteht 1. in Einschränkung der Eiweißnahrung, 2. Verordnung einer kalkarmen, meist vegetabilischen Ernährungsart, 3. Trinkkuren mit alkalireichen, kalkarmen Wässern (z. B. die Franzensbader Nathaliequelle). — (Verh. d. Vers. deutscher Naturforscher u. Aerzte, Stuttgart 1906.)

5. Goldmann berichtet über gute Erfolge bei der Behandlung arteriosklerotischer Zustände mit Antisklerosin. Das Mittel enthält pro dosi, das heißt in zwei Tabletten (entsprechend etwa der Hoppe-Seylerschen Zusammenstellung der Blutsalze) Natr. chlor. 0·08, Natr. sulfur. 0·08, Calc. glycer. phosphor., Magnes. phosphor., Natr. carbon. āā 0·032, Natr. phosphor. 0·025. Das Material muß absolut rein sein, die Herstellung sehr exakt geschehen. Vf. schildert des Näheren sechs Fälle von Arteriosklerose, in denen die Antisklerosinmedikation gute, zum Teile vortreffliche Dienste leistete. Da ferner die Wirkung des Antisklerosins auf das Nervensystem „außer Zweifel steht", hat er das Mittel in mehreren Fällen typischer Neurasthenie gegeben und prompte und nachhaltige Wirkungen gesehen, namentlich in Fällen, in denen der charakteristische neurasthenische Herzbefund mit all seinen Begleitsymptomen so offenkundig und für den Praktiker so leicht auffindbar anzutreffen war. Positiv und prompt wirkt es in den Fällen, in denen die Spannkraft der Arterien noch nicht zuviel eingebüßt hat; desgleichen bei den subjektiven und funktionellen Störungen, welche durch mangelhafte Ernährung der Intima gegeben sind, bei den motorischen und sensiblen Störungen, welche durch die Erkrankung der Gehirngefäße hervorgerufen werden: Kephalalgie, Agrypnie, Dementia, Parese und gewissen Vorläufern apoplektischer Insulte; bei Dyspnoe, kardialem Asthma und bei gewissen Formen der Angina pectoris, bei neuralgischen Zuständen, anhaltenden Störungen der Stuhl- und Harnentleerungsfunktion, die vom Zirkulationsapparat abhängen. — Antisklerosin wird ausnahmslos gut vertragen; sein Gebrauch ist höchstens dann zu unterlassen, wenn Albuminurie vorliegt. — (Deutsche Aerzte-Ztg., 1. Okt. 1906.)

6. Zur Klärung der Frage, ob die Kalkeinlagerung in die Gefäße eine Art Selbstheilung und also etwas Wünschenswertes oder ob sie etwas Schädliches sei, untersuchte Vf. die Widerstandsfähigkeit sklerotischer und entkalkter Gefäßstückchen gegen Druck und Zug. Der Versuch fiel zugunsten der entkalkten Gefäße aus, so daß man also scheinbar zu dem Satze berechtigt ist: Therapeutische Versuche zur Entkalkung von Gefäßen bei Arteriosklerose sind scheinbar nicht kontraindiziert.



Der Arteriosklerotiker speichert — Versuche des Vfs. bestätigen dies — in seinem Organismus große Mengen Kalk auf. Durch Säuregaben — Vf. benützte hauptsächlich die Zinnsäure — kann man jedoch diese Kalkretention verhindern, ja sie sogar in ihr Gegenteil, in eine Ueberausscheidung, verwandeln. Dasselbe erreicht man durch eine kalkarme Kost. Der Arteriosklerotiker kann also entkalkt werden.

Vf. zeigt aber, daß eine Säuretherapie der Arteriosklerose unnütz, ja schädlich ist. Mühselige Versuche an Tieren und die klinische Erfahrung, daß Diabetiker mit starker Azidose sehr häufig eine schwere Arteriosklerose und daneben eine auffallende Osteoporose zeigen, machen es wahrscheinlich, daß bei der Säurebehandlung der Kalk nicht aus den pathologischen Depots, sondern aus den Knochen weggeführt wird. Ebenso unnütz und schädlich ist die Behandlung mit kalkarmer Kost. In der Tat sah Vf. bei dieser Therapie und bei der Säurebehandlung niemals Besserung, eher Verschlimmerung.

Der Organismus des Arteriosklerotikers ist auffallend salzarm, besonders arm an Chlor, das in großen Mengen ausgeschieden wird. Es läge daher nahe, viel Chlor einzuführen. Darauf weist auch die Tatsache hin, daß man unter den Arteriosklerotikern viele Salzesser findet. Vf. warnt aber bei unserer unvollständigen Kenntnis des Salzstoffwechsels vor solchen einseitigen Salzgaben. Er empfiehlt vielmehr zur Behandlung der Arteriosklerose die Darreichung von physiologischen Salzmischungen (Truneceksches Serum, Antisklerosin Natterer und Sal physiologicum Poehl). Er gab davon mit Erfolg zuerst drei Tage lang zweimal täglich $^1/_2$ g, dann drei Tage dreimal täglich $^1/_2$ g u. s. w. bis zu sechs Tagesdosen. Daneben sind selbstverständlich Medikamente wie Jod und Diuretin nicht unnötig. — (Med. Korresp.-Bl. d. württemb. ärztl. Landesver., Bd. 76, Nr. 37.)

7. Die Prognose der Aortenaneurysmen gilt im allgemeinen als sehr schlecht, trotzdem in der Literatur ziemlich zahlreich Fälle sicherer Heilung niedergelegt sind. Das veranlaßt die Fragestellung, ob in der Aetiologie oder Form der Aneurysmen irgend ein Moment sei, das von Bedeutung für Prognose und Therapie ist.

Die unzweifelhaft in der größeren Mehrzahl der Fälle festgestellte Lues ruft zwei verschiedenartige Aneurysmen hervor: das gummöse tertiär-syphilitische Aneurysma und das meta-syphilitische Aneurysma, welches sich entwickeln kann, wenn der luetische Prozeß seinen Stillstand erreicht hat oder in Heilung übergegangen ist. Bei allen diesen Fällen muß eine energische Quecksilber- und Jodkalikur versucht werden. Führt dies nicht zum Erfolge, so scheiden sich die Aneurysmen prognostisch und therapeutisch in zwei scharf geschiedene Gruppen: in die sackförmigen und in die zylindrischen. (Interessant ist, daß von den sackförmigen Aneurysmen über 90% Lues in der Anamnese haben.)

Die sackförmigen perforieren leichter, können aber auch leichter durch Gerinnung etc. ausheilen. Bei den sackförmigen müssen wir also diese Gerinnung herbeiführen (Gelatine). Bei den zylindrischen müssen wir dagegen die Gerinnung verhüten; hiezu dient neben Ruhe, Diät etc., das Jodkali, welches neben seiner „schonenden" Wirkung auf das Herz auch noch die Wand des Aneurysma durch Steigerung der Granulationsbildung widerstandsfähiger macht. Hieher gehört ferner das Stagnin; dieses Produkt der antiseptischen Autolyse der Milz wirkt nicht, wie Vf. nach dem Vorgang von Landau früher annahm, gerinnungsbefördernd, sondern im Gegenteil gerinnungshemmend, die Viskosität herabsetzend und den Blutdruck erniedrigend. Vf. hat in einer Reihe von zylindrischen Aneurysmen der Aorta objektiv und subjektiv sehr gute Erfolge damit erzielt. — (Verh. der Vers. deutscher Naturforscher u. Aerzte, Stuttgart 1906.)

8. Bezüglich der Frequenz der Herzfehler bei Schwangeren schwanken die Angaben zwischen 0·3—0·9%. Manchmal wird ein gut kompensiertes Herz durch eine erste Schwangerschaft gar nicht, durch eine zweite nicht viel geschädigt, und doch ist von Schwangerschaft zu Schwangerschaft eine Verschlechterung des Befindens zu bemerken. Bei schweren

Herzfehlern zeigt sich ausnahmsweise die Verschlimmerung schon beim Beginne der Schwangerschaft. Immerhin gehört das Eintreten ernster Ereignisse während der Gravidität zu den großen Seltenheiten; die Gefahr beginnt erst bei der Geburt. Besonders die zweite Geburtsperiode ist verhängnisvoll; relativ häufig tritt nach der Entbindung der Tod ein. Anderseits gibt es auch eine Beeinflussung der Schwangerschaft durch den Herzfehler. Dieselbe äußert sich in Blutungen, vorzeitiger Plazentarlösung, Unterbrechung der Gravidität, außerdem in Neigung zum Abort. Es ist herzkranken Mädchen daher das Heiraten zu widerraten, sicher aber die Konzeption bei denselben tunlichst zu verhüten. Tritt sie dennoch ein, so ist prophylaktisch durch Verhütung von Anstrengungen, Erkältungen, strenge Bettruhe, Abführmittel, Milchdiät, eventuell Kardiaka einzuwirken. Viele Autoren raten zur Sterilisierung (Kehrer, Guérard, Hanthe). Diese Ansicht hat natürlich auch ihre Gegner, ebenso wie dies bezüglich der Unterbrechung der Schwangerschaft der Fall ist. Unter den Gegnern des letzteren Verfahrens findet man Winckel, Gusserow, Dohm, Kleinwächter, Eulenburg. Die Geburt muß so rasch wie möglich durchgeführt werden; nach den meisten Autoren ist bei genügend erweitertem Muttermund die Zange anzulegen. Zur Stärkung der Kräfte sind Analeptika zu reichen. Zur Beseitigung dringender Lebensgefahr wurde auch schon der konservative Kaiserschnitt ausgeführt, sowohl der klassische abdominale als auch öfters der vaginale nach Dührssen. Nach der Geburt ist der Puls sorgfältig zu kontrollieren und der großen Blutdruckschwankung durch Auflegung von Tüchern, Bandagen oder eines 4—5 kg schweren Sandsackes Rechnung zu tragen. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 43, 1906.)

9. Auf der I. medizinischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Nürnberg wurde das Digalen in einer Reihe von Fällen angewandt, bei denen es sich teils um eine akut einsetzende Herzinsuffizienz, teils um chronische Herzerkrankungen handelte. Bei ersteren wurde fast stets von der intravenösen Therapie Gebrauch gemacht, bei letzteren wurde das Mittel per os gegeben. Die zuerst versuchte subkutane Applikation verursachte starke Schmerzhaftigkeit und entzündliche Reaktionen. Bezüglich der Darreichung per os läßt sich in Hinblick auf die häufig nur mangelhafte Anregung der Diurese und die gastrischen Störungen sagen, daß das Digalen, chronisch Herzkranken auf diesem Wege chronisch verabreicht, vor den alten Digitalispräparaten den Vorzug nicht verdient. Bei akuten Herzschwächen dagegen, intravenös verabreicht, ist es ein hoch einzuschätzendes Mittel, dessen Anwendung nicht verabsäumt werden sollte. Es hat zudem den großen Vorzug, daß es bei Infektionskrankheiten unmittelbar vor der Krise gegeben werden kann. Die bei der intravenösen Verabreichung angewandte Tagesdosis von 5 cm^3 kostet 80 Pfennig. Sehr wünschenswert wäre es, wenn das Digalen in Tuben à 5 cm^3 in den Handel käme. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 44, 1906.)

10. Ueber das Digalen hat sich in der kurzen Zeit seines Gebrauches bereits eine beträchtliche Literatur angesammelt. Vf. führt in seinem Verzeichnis nicht weniger als 26 Nummern an. Er selbst hat in zwölf Fällen das Mittel in Anwendung gebracht und teilt seine Beobachtungen in extenso unter Beigabe zahlreicher Sphygmogramme mit. Sein Endurteil ist ein sehr günstiges: er betrachtet das Digalen für ein vorzügliches Ersatzmittel des Digitalis mit allen seinen Vorzügen und ohne seine Nachteile. Unter seiner Einwirkung wird die Herzaktion regelmäßiger und fast immer kräftiger, der Puls wird langsamer, voller und regelmäßiger; die Sphygmogramme zeigen deutlich die Verstärkung der Systole und die Verlängerung der Diastole. Der Blutdruck hebt sich fast stets, oft ganz beträchtlich, um später wieder langsam zu sinken; auch die Diurese steigt rasch entsprechend dem Blutdruck, um nachher parallel diesem wieder zurückzugehen. In keinem Falle waren Intoleranzerscheinungen seitens des Magens oder eine schädliche Akkumulationswirkung festzustellen. Allerdings gab es auch Fälle, die auf Digalen gar



nicht reagierten; aber es waren ausschließlich solche, bei denen jedes Medikament versagt hätte. — (Riv. crit. di Clin. med. Nr. 43, 1906.)

11. Daß die Digitalis kumulativ wirkt, ist eine altbekannte Tatsache; desto mehr muß es auffallen, daß das Digalen diese kumulative Wirkung sehr wenig oder gar nicht hat — die klinische Erfahrung wie das Tierexperiment sprechen in diesem Sinne. Das kristallisierte Digitoxin dagegen wirkt ausgesprochen kumulativ. Wie erklärt sich aber der Unterschied zwischen kristallisiertem Digitoxin und Digalen? Tierversuche schlossen die Möglichkeit aus, daß etwa die doppelte Molekulargröße des kristallisierten Digitoxins die Schuld an diesem Unterschied tragen; welche andere Faktoren aber denselben bestimmen, läßt sich zur Zeit nicht überblicken; sicher erscheint nur, daß das einmal kristallisiert gewesene Präparat die Giftwirkung auslöst. Leichter ist die Frage zu beantworten, unter welchen Umständen die Digitalis kumulativ wirkt. Wenn die Ansicht vieler Aerzte richtig ist, daß ganz frische Blätter fast nie kumulativ wirken, ebenso Digalen, dagegen Digitoxin kumulierend wirkt, so ist die nächstliegende Folgerung, daß das Digalen das Digitoxin in dem Zustande darstellt, wie es in den frischen Blättern sich findet. Daraus folgt, daß die Kumulativwirkung keine notwendige Eigentümlichkeit der Digitalis ist, sonst müßte das Digalen sie auch aufweisen; vielmehr ist ihr Auftreten an bestimmte Umstände und Veränderungen der Blätter gebunden. — (Münch. med. Wochenschr., 20. Nov. 1906.)

12. Mit dem eigentümlichen Namen Quabain wird das Alkaloid der Acocanthera Schimperi bezeichnet, das L. Lewin (Berlin) aus dem Holz der Pflanze als reines Präparat, Brieger aus dem Gift von Pfeilen dargestellt hat. Stadelmann hat am 28. November 1906 in der Berliner medizinischen Gesellschaft über Versuche berichtet, die er seit etwa einem Jahre mit dem von Lewin empfohlenen Herzmittel vornahm. Als wirksame Verabfolgungsweise erwies sich der Infusdekokt des Lignum Acocantherae in der Stärke von 1·0 bis 1·5 auf 200. Als Korrigens wurde Syrupus simplex oder Spiritus Menthae piperitae benutzt und 4—5 Flaschen zu einer Kur verbraucht. Das Infusdekokt schmeckt sehr bitter, wird aber unbeanstandet genommen, der Farbe nach ist es gelbbraun. Stadelmann hat bei verschiedenen Affektionen Versuche angestellt, um das Herz zu tonisieren. Bei Kompensationsstörungen, Herzschwäche, bei Nephritis und bei Myokarditis hat das Mittel entschieden günstig auf das Herz gewirkt. In zwei Zirrhosefällen war es, wie nicht anders zu erwarten stand, ohne Einfluß. Die Wirkung ist der Digitaliswirkung analog. In einer Reihe von Fällen trat Pulsverlangsamung ein. Der Blutdruck stieg häufig. Die Urinausscheidung wurde sehr günstig beeinflußt; damit ging die Besserung des Allgemeinbefindens Hand in Hand: die Zyanose wurde geringer, Aszites, Transsudate und Oedeme schwanden, der Appetit besserte sich. Stadelmann hatte den Eindruck, daß die Wirkung des Acocantherainfuses der Digitaliswirkung analog, in manchen Fällen überlegen, in manchen geringer ist. Mit dem von Lewin dargestellten wirksamen Bestandteil der Droge, dem amorphen Ouabain hat er zuletzt Versuche gemacht und 0·3—0·4 mg dreimal täglich subkutan injiziert. Die Erfolge waren ebenso gute wie nach der Anwendung der Droge. Allgemeinere Anwendung wird das Mittel erst finden, wenn zahlreiche klinische Nachprüfungen vorliegen.

Tuberkulose.

1. Subkutane Injektion von Kalksalzen zur Heilung der Lungentuberkulose. Von G. Angiulli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

2. Kampfer in der Behandlung der Lungenschwindsucht. Von Walter Koch. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

3. Ueber die Verwendung des Kampfers bei Lungenkranken. Von Volland, Davos. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

4. Anämie der Phthisiker als Folge gastrointestinaler Störungen. Von E. Wolff. (Aus der inneren Abteilung des städt. Krankenhauses Charlottenburg; Prof. Grawitz.) Ref. F. Perutz, München.

1. Zwei Erwägungen führten Angiulli dazu, die Lungentuberkulose mit Zufuhr von Kalksalzen zu behandeln: einmal soll die Tuberkulose schon in frühen Stadien unter beträchtlicher Vermehrung der Kalkausscheidung zu einer Verarmung des Körpers an Kalksalzen führen; dann aber geht der Heilungsprozeß des tuberkulösen Herdes auf eine Imprägnation desselben mit Kalksalzen hinaus, und hiezu ist erst recht vermehrte Zufuhr von Kalksalzen nötig. Die Kalksalze wurden gleichzeitig per os und subkutan zugeführt. Per os wurde Kalziumhypophosphit oder Kalziumglyzerophosphat gegeben, drei- bis viermal täglich; subkutan gelangten sterilisierte Lösungen von Chlorkalzium und Kalziumglyzerophosphat 20%ig zur Anwendung. Die Injektionen wurden täglich gegeben unter aseptischen Kautelen, und zwar betrug die injizierte Menge jedesmal im Mittel 2 g, auch mehr bis 5 g; in diesem Falle wurde aber in zwei Portionen injiziert. Im ganzen wurden im Mittel jeweils 90 Injektionen gemacht; die Kur wurde gut ertragen. In den ersten fünf Jahren, in denen Vf. die Behandlungsmethode anwendete, hatte er nur wesentliche Besserungen, aber niemals Heilungen zu verzeichnen; dagegen konnte er in den letzten zwei Jahren bei fünf Kranken (zwei im I., drei im II. Stadium) ein völliges Verschwinden aller Symptome feststellen; bei keinem ist inzwischen ein Rezidiv eingetreten (zwei seit 18, zwei seit 12 Monaten). Auch die rein interne Behandlung kann zu guten Resultaten führen.

Aber nicht nur klinisch, auch experimentell wurde der gute Einfluß der inneren Darreichung von Kalksalzen auf die Tuberkulose festgestellt. So erzielte Michelozzi in der medizinischen Klinik zu Pisa bei infizierten Kaninchen unter Darreichung von täglich 3 g Kalziumphosphat nicht nur klinische, sondern auch anatomische Heilung. (Aehnliche Heilbestrebungen mit einem Kalk enthaltenden Mittel „Antipneumococchin" sind auch in Spanien im Gang, s. Referat des Ref.: Münch. med. Wochenschr. Nr. 44, 1906.) — (Soc. Lanc. d. Osp. di Roma; Il Morgagni, Riv. Nr. 21, 1906.)

2. Unter den Medikamenten, die uns bei der Behandlung der Tuberkulose zugebote stehen, weist Koch auf Grund 7½jähriger Erfahrung dem Kampfer die erste Stelle an. Per os gegeben, macht er jedoch unangenehme Nebenwirkungen, und auch die subkutanen Injektionen nach Alexander (wochen- und monatelang täglich 0·01—0·03) bieten so viel Unbequemlichkeiten, daß die Methode für weitere Kreise nicht in Frage kommt und kam. Koch hat sie übrigens ebenfalls ausprobiert und eine Dosis von 0·4 Kampfer,

also 1 cm³ einer Lösung 40·0 : 100·0, fünf Tage lang gegeben, dann Intervall von acht (?) Tagen, dann wieder fünf Tage lang etc. als die beste und wirksamste gefunden. Am befriedigendsten nach jeder Richtung hin aber fand Koch die von ihm angegebene perkutane Anwendung des Kampfers mit Perkutilan als Salbengrundlage und Zusatz von Perubalsam, welch letzterer teils als Geruchskorrigens, teils als ein Mittel, dem Körper Zimtsäure zuzuführen, hinzugefügt wurde. Das Mittel wird in Zinntuben zu 20 g abgegeben, jede ist in fünf Teile geteilt, deren jeder, für eine Einreibung bestimmt, 0·4 g Kampfer enthält. Die Salbe muß so lange verrieben werden, bis sie in der Haut verschwunden ist, was 5—10 Minuten dauert. Der Gesamteindruck von mehreren Hunderten von Fällen, die Koch mit Kampfer, bezw. Prävalidin behandelt hat, ist, daß das Medikament ein sehr schätzbares Adjuvans in der Behandlung der Lungentuberkulose ist, aber kein Spezifikum. Für kontraindiziert hält er es direkt bei sogenannter geschlossener Tuberkulose. Die Wirkung sucht er hauptsächlich in einer Kräftigung des Herzens und einer Beförderung der Expektoration. Indirekt dadurch kommt das Verschwinden oder die Verminderung der Nachtschweiße und die Hebung des Appetits einerseits, das Nachlassen des Fiebers und die Besserung des Schlafes andererseits zustande. — (Aerztl. Rundschau, 20. Okt. 1906.)

3. Eine günstige Erfahrung in einem sehr schweren Falle von rezidivierender akuter Herzschwäche bei Tuberkulose veranlaßte Volland, konsequent bei einer Reihe von Fällen mit teils zu frequentem, teils ruhigerem, aber schwachem, teils unregelmäßigem etc. Puls Kampfer anzuwenden, und es ging den Patienten dabei nicht unwesentlich besser. Die Patienten fühlen sich wohler, der Puls wird kräftiger, regelmäßiger, die auf Herzschwäche beruhenden Schweiße verschwinden, und auch auf subfebrile Temperaturen (37 bis 37·3°) scheint der Kampfer günstig einzuwirken. Angewendet wurde 10%iges Kampferöl subkutan. — In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, daß die Kampfertherapie bereits vor Jahren von Alexander inauguriert worden sei; die Methode wurde meist günstig beurteilt. — (Annal. d. Schweiz. balneol. Ges., 1906.)

4. Im Gegensatz zu dem anämischen Aussehen der Phthisiker sind in den unkomplizierten Fällen selbst im vorgeschrittenen Stadium Blutfarbstoffgehalt und Blutbild annähernd normal. Die Blässe dürfte somit einfach durch den Aufenthalt in geschlossenen Räumen und durch das Darniederliegen der Zirkulation zu erklären sein. Bei einer Anzahl von Patienten konnte Wolff doch Veränderungen im morphologischen Verhalten der Blutkörperchen nachweisen, ähnlich dem bei der schweren Anämie. Es zeigte sich, daß auch hier, analog wie bei der perniziösen Anämie, intestinale Autointoxikationen als ätiologisches Moment für die Störung der Blutbildung herangezogen werden dürfen. Denn es ließen sich bei diesen anämischen Phthisikern Salzsäuremangel, Stuhlverstopfung, vermehrte Eiweißfäulnis im Darm, Indikanurie nachweisen, und es gelang durch die von Grawitz empfohlene Behandlung des Magendarmkanals mit Spülungen, Salzsäuredarreichung und einer vorwiegend vegetabilischen Diät hier, trotz Fortschreitens des phthisischen Prozesses, die Blutbildung ebenso günstig zu beeinflussen, wie in den Fällen der sogenannten perniziösen Anämie. Die bestehende Tuberkulose scheint die primäre Schädigung des Körpers zu bedingen, auf deren Boden es zu dieser Autointoxikation mit nachfolgender schwerer Anämie kommen kann. Diese Beobachtungen müssen veranlassen, bei Tuberkulösen den Magen-Darmverhältnissen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, um durch rechtzeitige Behandlung vorhandener Störungen einer Verschlechterung der Blutbildung und einer die Grundkrankheit begünstigenden Abnahme des Kräftezustandes vorzubeugen. — (Deutsche Aerzte-Ztg., H. 13, 1906.)

5. Die Diazoreaktion kann nur dann vergleichbare Resultate ergeben, wenn stets das gleiche Verfahren angewendet wird. Man benütze stets Paramidoazetophenon statt der Sulfanilsäure und gebe nur einen Tropfen der Nitritlösung hinzu.



Der Harn gibt nur innerhalb gewisser Konzentrationsgrenzen die Reaktion, so daß man hie und da eindampfen muß, um sie zu erhalten oder zu verstärken; doch dampfe man nicht stärker als auf $^1/_6$ ein, da zu starke Konzentration ihr Eintreten verhindert; sehr selten ist der Fall, daß sie erst bei Verdünnen des Harnes eintritt. Nach den Erfahrungen Weisz' tritt sie nie in leichten und selten in mittelschweren Tuberkulosefällen ein; sie ist stets als ein ernstes Zeichen zu betrachten, als ein deletäres jedoch nur dann, wenn sie dauernd vorhanden ist. Bemerkenswert ist, daß Weisz sie einigemal, aber ganz selten, im Gefolge der Tuberkulinreaktion eintreten sah. Niemals gelang es, sie in anderen Säften als dem Harn oder etwa in Organen nachzuweisen. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 44, 1906.)

6. Die Hauptmöglichkeiten, durch welche die Tuberkelbazillen in den menschlichen Organismus eindringen können, sind einerseits durch die Nahrungsaufnahme, anderseits durch Einatmung gegeben, sowohl bei Kindern, wie bei Erwachsenen. Letzterer Infektionsmodus ist durch neuere Beobachtungen von primärer Bronchialtuberkulose unzweifelhaft sicher festgestellt; auch haben Untersuchungen erwiesen, daß mittels der Inhalation in Sputumtröpfchen und auf Staubpartikelchen schwebende Bakterien bis in die feinsten Verzweigungen der Luftwege gelangen können. Darüber, was als die Hauptgefahr anzusehen ist, ob die durch Hustenstöße verspritzten Sputumtröpfchen oder der eingetrocknete Sputumstaub, herrscht keine Einstimmigkeit; jedenfalls ist in den engen dumpfen Wohnungen und niedrigen, staubigen Werkstätten, die als besondere Infektionsquellen angesehen werden müssen, auf beide Arten Gelegenheit genug geboten, sobald sich tuberkulöse Menschen darin aufhalten, sich zu infizieren.

Der Annahme, daß hauptsächlich in der tuberkulösen Kuhmilch die Ursache zu suchen sei, entspricht nicht die Tatsache, daß durchaus nicht der häufigste Sitz der Affektion der Darm respektive die mesenterialen Lymphdrüsen sind, sondern bronchiale Drüsen und die Lungen. Wäre die Nahrung die Hauptquelle der Infektion, so müßten die häufigsten und ersten tuberkulösen Veränderungen im Darm und den dazugehörigen Drüsen des Mesenteriums zu finden sein, da nach Cornets Untersuchungen jedesmal die Eingangspforte respektive die zunächstgelegenen Drüsengruppen zuerst erkranken, von wo aus dann der Prozeß schrittweise weitergeht. — (Diss., München 1906.)

7. Weber bringt in seiner Arbeit einen Bericht über 78 Fälle von Menschentuberkulose, deren Untersuchungen, im kaiserlichen Untersuchungsamt ausgeführt, eine Berechtigung der Trennung des Typus humanus und bovinus ergaben. Unter den 78 Fällen fanden sich 14 von Perlsuchtinfektion. Sie ist vorzugsweise eine Erkrankung des Kindesalters, unterscheidet sich nur wenig von dem Bilde der gewöhnlichen Tuberkulose. Beide Typen können ausheilen. Besonders häufig findet sich die Perlsuchtinfektion bei primärer Darm- und Mesenterialdrüsentuberkulose sowie Halsdrüsentuberkulose der Kinder. Bei Erwachsenen kommt die Perlsuchtinfektion als Tuberculosis cutis verrucosa vor. Der Typus bovinus haftet leichter im Verdauungstraktus, der Typus humanus eher im Respirationstraktus. Die Perlsuchtinfektion beruht vornehmlich auf Fütterungstuberkulose. Wegen des geringen Vorkommens der Perlsuchtinfektion ist als Hauptquelle der Tuberkulose der Mensch zu betrachten; daher sind vornehmlich die Schutzmaßregeln zur Verhütung der Tuberkulose von Mensch auf Mensch weiter auszubauen und zu beobachten. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49, 1906.)

8. Baumgarten kommt zu folgendem Resultat: Die Behandlung mit dem Serum von aktiv gegen die Tuberkulose immunisierten Rindern vermag zwar eine nach der Immunisierung hin gerichtete Wirkung auszuüben, diese Wirkung ist aber zu unsicher, als daß man das Serum als zuverlässiges Vorbeugungsmittel gegen Rindertuberkulose ansehen könnte.

Dagegen ist es als vollkommen gelungen zu bezeichnen, Kälber durch Vor-

impfung mit menschlichen Tuberkelbazillen gegen eine spätere Impfung mit für Kontrollkälber tödlichen Perlsuchtbazillen aktiv zu immunisieren. Schon eine einmalige subkutane Impfung gewährt einen sicheren Schutz. Für die Immunisierung der Rinder ist daher dieses Verfahren der bisher geübten gefährlicheren intravenösen Injektion bei weitem vorzuziehen. — (Verh. d. Vers. d. Naturf. u. Aerzte, Stuttgart 1906.)

9. Im Gegensatz zu der steigenden Tuberkulinüberempfindlichkeit bei akut sich ausbreitender Tuberkulose im Tierversuch sinkt nach den Untersuchungen von O. Schmid bei chronisch verlaufenden, fieberfreien menschlichen Phthisen die Tuberkulinüberempfindlichkeit mit zunehmender Ausbreitung der physikalischen Lungenveränderungen. — (Diss., Tübingen 1906.)

10. Aus einer ausführlichen Zusammenstellung der Literatur zieht v. Sydow den Schluß, daß die Aerzte recht daran tun, sich gegenüber dem Marmorekschen Serum zweifelnd und abwartend zu verhalten und Versuche damit nur mit der größten Vorsicht anzustellen. — (Hygiea, Sept. 1906.)

11. Wassermann und Bruck suchen durch experimentellen Nachweis die Ansicht Rails und seiner Schüler zu widerlegen, daß im tuberkulösen Organe Tuberkulin vorhanden sei, daß aber nur dieses bei der Tuberkulinwirkung eine Rolle spiele, indem das neu injizierte Tuberkulin sich zu dem ursprünglich vorhandenen summiere und dadurch die Reaktion auslöse. Wassermann und Bruck schieben diese Wirkung dem Antituberkulin zu. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 49, 1906.)

12. Boeri sucht bei Verdacht auf beginnende Spitzentuberkulose, wenn spontan kein Rasseln zu hören ist, solches durch eine Art Massage der Spitzen hervorzurufen. Der Arzt steht dem Patienten Gesicht gegen Gesicht gegenüber, bringt den Daumen einer Hand (der rechten, wenn es sich um die linke Spitze handelt) in die Supraklavikulargrube, die vier übrigen Finger stützt er auf den Trapeziusrand und drückt nun mit dem Daumen kräftig ein; darauf wird sofort wieder das Stethoskop aufgesetzt. Die Methode hat natürlich nur Wert, wenn sie ein positives Resultat gibt. Ein diagnostisches Hilfsmittel ist es auch, wenn man die Prozedur genau gleichmäßig und gleichzeitig an beiden Spitzen vornimmt, und es sich herausstellt, daß die eine schmerzhaft ist, die andere nicht. — (Nuova Riv. Clin. Ter., 6. Juni 1906.)

13. Grawitz hat gezeigt, daß Fütterungstuberkulose ein ätiologischer Begriff ist, dem keineswegs ein einheitliches pathologisch-anatomisches Bild entspricht; die Darlegungen von Grawitz haben durch die Tierversuche von Weleminsky eine volle Bestätigung gefunden, welcher Kaninchen und Meerschweinchen mit Blättern fütterte, die in einer dünnen Aufschwemmung von rein kultivierten Tuberkelbazillen, vom Menschen stammend, kurze Zeit gelegen hatten. Bei geringer Menge dieses Futters blieben Tiere gesund; die meisten aber erkrankten und wurden zwischen dem 20. und 80. Tage nach Beginn der Fütterung getötet. Bei den Kaninchen und Meerschweinchen zeigte sich ein sehr ausgeprägter Unterschied in der Empfänglichkeit der Schleimhäute des Verdauungskanals für die Ansiedlung und Ausbreitung der Tuberkelbazillen. Während bei allen Meerschweinchen und Kaninchen übereinstimmend zuerst die Submaxillardrüsen, dann die Bronchialdrüsen und dann die Lungen sichtbar erkrankten, ergab sich bei allen Meerschweinchen außerdem eine mehr oder weniger ausgebreitete Darmtuberkulose. Von vier Kaninchen bot aber nur eines eine Beteiligung des Darmes dar, bei den anderen war die Schleimhaut makroskopisch immun geblieben. Sehr bezeichnend für Fütterungstuberkulose war die frühzeitige primäre Tuberkulose der Submaxillardrüsen, ein Befund, der schon in den älteren Versuchen häufig wiederkehrt. Der Punkt, auf den aber früher kein Gewicht gelegt worden ist, ist

die Möglichkeit einer durch Fütterung erzeugten Tuberkulose der Halslymphdrüsen und der Lungen ohne irgendwelche Mitbeteiligung des Magens oder der Darmschleimhaut oder der Mesenterialdrüsen. Die Tierversuche von Weleminsky beweisen somit den von Grawitz auf Grund seiner Sektionsbefunde aufgestellten Satz, daß die Infektion mit bazillenhaltiger Nahrung die Mandeln, Halslymphdrüsen und die Lungen ergreifen kann, ohne daß eine Beteiligung des Digestionsapparats auf diesen Weg der Bazillenaufnahme hinzuweisen braucht. Wenn also aus Sektionsprotokollen die Fälle von Fütterungstuberkulose daran erkannt werden sollen, daß der Darm ausschließlich Sitz der tuberkulösen Veränderungen ist, so würde diese Beurteilung zu einer außerordentlichen Unterschätzung der Häufigkeit einer Infektion mit Nahrung führen, da in keinem einzigen dieser Tierversuche Darmtuberkulose allein, sondern in allen Halsdrüsen-, Bronchialdrüsen- und Lungentuberkulosen mit und ohne Beteiligung des Darmes gefunden worden ist. Die von Koch als Typen der Fütterungstuberkulose angesehenen Fälle sind sehr selten; v. Hansemann sah in sieben Jahren unter zirka 10.000 Sektionen 25 Fälle von primärer Darmtuberkulose. Nach den obigen Ausführungen decken solche Fälle den weiten Begriff Fütterungstuberkulose nicht. Man soll sie nach der Meinung des Vfs. als Fälle von isolierter Darmtuberkulose bezeichnen. Gleichwohl wäre es unlogisch, mit von Hansemann anzunehmen, daß alle Fälle von primärer Darmtuberkulose gutartig sind, daß sie keine Lungentuberkulose hervorbringen, daß nur wenige Personen daran leiden — und daß also nur selten mit der Nahrung eingeführte Tuberkelbazillen den Tod an Tuberkulose hervorrufen.

Vf. beschreibt aus dem Sektionsmaterial des pathologischen Institutes zu Greifswald acht Fälle von solcher vulgo „Fütterungstuberkulose“. Es zeigt sich, daß bei einem Teil dieser Fälle geradeso wie bei v. Hansemann die wenigen tuberkulösen Darmgeschwüre oder verkästen und verkreideten Mesenterialdrüsen Nebenbefunde sind, die sicher völlig ausgeheilt wären, wenn nicht der Tod an einem anderen Leiden den schon im Gange befindlichen Heilungsprozeß unterbrochen hätte. Daraus darf jedoch keineswegs geschlossen werden, daß die primäre Darmtuberkulose ganz harmlos ist und keine Lungenveränderungen hervorbringt, ebensowenig wie aus den geheilten, nur in den Lungenspitzen bei der Sektion gefundenen tuberkulösen Herden hervorgeht, daß die isolierte Lungentuberkulose durchaus harmlos ist. Wenn man genau die Mesenterialdrüsen untersucht, so findet man so häufig irgendwelche Reste tuberkulöser Erkrankung, verkreidete Herde etc., daß nur der eine Schluß richtig ist, daß sowohl isolierte tuberkulöse Herde in den Lungen, wie im Darm, in den Halslymphdrüsen und in den Mesenterialdrüsen heilen können. Selten sind nur die Fälle, in denen man „zufällig“ bei einem Individuum eine isolierte unvollständig geheilte, also noch sicher als Tuberkulose erkennbare Erkrankung antrifft. Die vom Vf. beschriebenen tödlich verlaufenen Fälle von relativ isolierter Tuberkulose des Digestionsapparats zeigen, daß eine virulente, fortschreitende Tuberkulose im Darm ihren Anfang nehmen, oder in den Tonsillen und im Darm gleichzeitig beginnen und den Tod an tuberkulöser Meningitis oder Peritonitis herbeiführen kann, ohne daß zur Zeit des Todes auch die Lungen, Milz oder Nieren ergriffen zu sein brauchen.

Die Idee, daß die Seltenheit isolierter Tuberkulose des Digestionsapparats irgend etwas für die Seltenheit der „Fütterungstuberkulose“ beweisen könnte, beruht auf der von Grawitz



als irrig bezeichneten und später auch von Weleminsky im Tierexperiment widerlegten Annahme, daß bei „Fütterungstuberkulose" die Lungen von Tuberkulose ganz frei sein müßten. Sie erkranken sehr frühzeitig, und alsdann kann man aus dem Sektionsergebnisse nicht mehr feststellen, ob durch die Nahrung oder durch die Einatmung die Tuberkelbazillen aufgenommen worden sind. — (Diss., Greifswald 1906.)

14. Die Tuberkulosesterblichkeit unter den Geisteskranken ist nach Birnbaum bedeutend höher als unter den Geistesgesunden, und zwar sind es vorwiegend die weiblichen Geisteskranken, die besonders häufig an Lungentuberkulose zugrunde gehen. In der überwiegenden Mehrzahl sind es demente Formen von Psychosen, bei denen die Lungentuberkulose auftritt. Die Lungentuberkulose ist teils als eine zufällige Komplikation der Geisteskrankheit aufzufassen, teils kommt sie als Krankheitsursache mit in Betracht für manche Psychosen: Dementia praecox, speziell Katatonie. Sie übt entweder gar keinen oder höchstens einen ungünstigen Einfluß auf den Verlauf der Geisteskrankheit aus. Durch die Psychose wird ihr Verlauf nicht beeinflußt. Vorkommende Besserungen respektive Heilungen des Lungenleidens haben mit der gleichzeitig bestehenden Geisteskrankheit nichts zu tun. Verhältnismäßig häufig findet sich gleichzeitig Tuberkulose des Darmes, selten des Gehirns und seiner Häute. Der Anstaltsaufenthalt übt auf den Verlauf der Lungentuberkulose und die Lebensdauer der tuberkulösen Geisteskranken einen günstigen Einfluß aus. — (Diss., Leipzig 1905/1906.)

15. Es werden jährlich noch zirka 1000 Tuberkulöse (= 1·9% aller Rekruten) in die Armee aufgenommen, deren versteckter Krankheitsherd auch einer genauen Untersuchung entging. Eine Verfeinerung der Untersuchungsmethoden ist also dringend nötig. Schlager empfiehlt, neben der körperlichen Untersuchung in jedem verdächtigen Falle eine Röntgen-Durchleuchtung vorzunehmen. Nötigenfalls ist dieser Untersuchung noch die Tuberkulinprobe anzuschließen. Die günstigen Erfahrungen, die seit einem Jahre in der Tübinger medizinischen Klinik mit diesem Verfahren gemacht wurden, veranlassen Schlager zu der Forderung, daß zur Zeit der Rekruteneinstellungen in den größeren Lazaretten besondere Abteilungen zur Vornahme dieser kombinierten Untersuchung eingerichtet werden sollen. Die tuberkulös Befundenen sollen sofort den Heilstätten zugeführt werden. — (Verh. d. Vers. d. Naturf. u. Aerzte, Stuttgart 1906.)

Diabetes.

1. **Zur Kenntnis des Diabetes mellitus im Kindesalter.** Von Erwin Brand. Ref. Fritz Loeb, München.
2. **Erfahrungen über ein neues Antidiabetikum (Magolan).** Von Hans Poldinger. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Augenleiden bei Diabetes mellitus.** Von Prof. Groenouw. Ref. Jünner, Wien.

1. Die letzte größere Zusammenstellung von Diabetesfällen im Kindesalter stammt von Bogoras, der im Jahre 1899 zirka 560 Fälle seiner Arbeit zugrunde legen konnte, Brand hat es unternommen, die seitdem publizierten Fälle zusammenzustellen und aus der Heubnerschen Kinderklinik in Berlin elf neue Fälle zu veröffentlichen. Es zeigt sich dabei, daß sowohl in ätiologischer wie klinischer Beziehung das Krankheitsbild ein sehr mannigfaltiges ist; nur eines bleibt fast stets konstant: der Exitus letalis. Das männliche Geschlecht überwiegt nur um ein geringes. Was das Alter betrifft, so sind bisher erst 14 Fälle von Diabetes im ersten Lebensjahr bekannt geworden (vier neue Fälle fügt Vf. zu). In der Literatur existiert ein Fall von Diabetes eines Neugeborenen, doch ist der sichere Nachweis eines angeborenen Diabetes noch nicht erbracht worden. Die Urinuntersuchung ist nicht immer eine einwandsfreie, die meisten Autoren haben sich auf den Nachweis reduzierender Substanzen beschränkt, aber nicht untersucht, ob es sich wirklich um Traubenzucker handelte. Unter den ätiologischen Momenten nimmt die Heredität die erste Stelle ein (zirka 18%). An zweiter Stelle (fünfmal) figuriert das

Trauma als Gelegenheitsursache. Dann folgt die lange Reihe der Infektionskrankheiten, weiter Ueberanstrengung, Erkältung, Zahnung, Schreck etc. Interessant ist der Fall von Stern, wo eine Seruminjektion, und dann ein Fall von Hagenbach, wo eine Verbrennung als ätiologisches Moment angegeben wird. In einem der von Wegeli gesammelten Fälle (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 19) entstand der Diabetes nach einer Chloroformnarkose, die wegen einer Fractura humeri angewendet wurde.

Typischen klinischen Fällen stehen solche mit absolutem Mangel ausgesprochener Symptome entgegen. Das Endstadium der Krankheit ist ungemein kurz; plötzlich, nachdem schon das schlechtere subjektive Befinden und das Auftreten von Azeton, Azetessigsäure und Oxybuttersäure im Harn als drohende Warner aufgetreten sind, kollabiert das Kind; die Temperatur ist subnormal, das Gesicht blaß, eingefallen, der Puls klein, Benommenheit des Sensoriums, große Atmung, manchmal Krämpfe.

Die Erfolge der Therapie sind bisher nur geringe gewesen; dem Wesen der Krankheit nach kann sie nur eine diätetische sein. Ueber die Wirkung der Karlsbader Kur sind die Meinungen divergent. Organotherapie hatte keinen Erfolg. Einschränkung mit eventueller Einschaltung von Hungertagen bleibt das einzige Mittel; doch ist dabei mit ziemlicher Sorgfalt vorzugehen, da die Gefahr einer Azidosis zu groß ist. Ziemlich gute Erfahrung bei einem Säugling, wo die Ernährung noch viel schwieriger ist, wurde in der Heubnerschen Poliklinik mit Buttermilchdiät erzielt und weiter mit der v. Noordenschen Hafermehldiät. Doch konnten auch diese Kurven den letalen Ausgang nicht aufhalten. Bei drohendem Koma muß von der Alkalidarreichung ausgiebig Gebrauch gemacht werden.

Die Prognose der Krankheit ist eine ungemein schlechte. Unter 56 Fällen verliefen 46 tödlich = 83%. Im allgemeinen ist die Prognose umso besser, je höher das Lebensalter ist. Die Sektionsbefunde sind beinahe alle negativ. — (Diss., Berlin 1906.)

2. Das Magolan besteht nach Angabe des Fabrikanten (O. Braemer, Berlin S. W. 11) aus Kalziumhydrooxydiaminphosphat. Es wird nach einer besonderen Methode aus dem getrockneten Samen von „Lupinus arabicus" gewonnen und „repräsentiert den Gesamtphosphorgehalt des Ausgangsmaterials in organischer Form". Es wird in Pillen in den Handel gebracht.

Poldinger berichtet über günstige Erfolge mit dem Medikament in sechs Fällen (ebenso wie Nachmann in der „Aerztlichen Rundschau" 1906 günstige Resultate veröffentlicht). Ein seit neun Jahren bestehender Diabetes, der trotz Karlsbad nie unter 1·3% Zucker kam, konnte nach dreimonatlicher Kur sogar Honig assimilieren; ein 58jähriger Patient, der vor Beginn der Kur 0·39‰ Azeton und 6·2% Zucker ausschied, hatte nach 4½ Monaten kein Azeton mehr, nur noch Spuren von Zucker und eine Gewichtszunahme von 4·8 kg. Die gleichen Resultate wurden bei vier anderen Patienten erzielt, von denen allerdings zwei erst seit sechs Wochen in Behandlung sind. Vf. hat dabei „keineswegs strenge Diät durchgeführt".

Ref. besitzt keine Erfahrung über Magolan und möchte sich daher nur reserviert darüber äußern, aber von vornherein vor jedem Optimismus warnen. Gerade mit der „bankerotten Syzygium-Jambolanumtherapie" ist es ja so gegangen, daß das Mittel zunächst in einzelnen Fällen Erfolge erzielte, die dann unberechtigter Weise verallgemeinert wurden. Ein Herabgehen der Glykosurie unter Jambuldarreichung kann man übrigens immer einmal sehen (vergl. Fälle des Ref. in der Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 48). — Daß die Phosphatausscheidung bei Diabetes eine besonders hohe ist, wie Vf. nach Nachmann schreibt, ist in dieser Allgemeinheit nicht richtig; eine vermehrte Ausscheidung findet sich nur bei Azidosis.

Aufdringliche Reklame des Mittels ist Ref. bisher nicht aufgefallen, im Gegensatz zu zahlreichen anderen Diabeticis; dies spricht für das Mittel; ebenso spricht dafür der (nach Vf.) relativ geringe Preis.

Einen ohne große Hoffnungen unternommenen Versuch kann Ref. daher im Interesse einer objektiven Beurteilung nicht für unangebracht erklären; nicht richtig ist aber, wenn Vf. von einer berechtigten Opposition gegen Diätkuren spricht; die Diätkur ist unser bester Schild gegen den Diabetes, und das Schwert, das jenen Schild entbehrlich macht, muß erst noch gefunden werden. — (Medico Nr. 27, 1906.)

3. Während eine Reihe von Autoren (Hirschberg) das Bestehen von Sehstörungen in allen schweren und veralteten Fällen von Diabetes behauptet, meint eine andere Reihe von Autoren (Schmidt-Rimpler, Groenouw), daß es Kranke gibt, die jahrzehntelang an Diabetes leiden und niemals über Sehstörungen klagen. Es wird auch daher der Prozentsatz der Augenkranken unter den Diabetikern ganz verschieden angegeben. Die Schätzung schwankt zwischen 11 bis 36%.

Die Zahl der Diabetiker ist unter den Augenkranken der Privatpraxis erheblich höher als unter denen des Spitals, weil der Diabetes bekanntlich häufiger in den wohlhabenden, mehr geistig und weniger körperlich arbeitenden Bevölkerungsklassen vorkommt. Am häufigsten tritt Katarakt auf (25—32% aller diabetischen Augenkrankheiten), dann kommt die diabetische Retinitis (19—33%), dann die Erkrankungen des Sehnerven und der optischen Leitungsbahnen (6—26%), dann Augenmuskellähmungen (4—7%); alle übrigen Teile des Auges beteiligen sich mit kaum mehr als 4% der Gesamtzahl der diabetischen Augenkrankheiten. Dem Geschlechte nach überwiegen die Männer erheblich (65—79%) aller diabetischen Augenerkrankungen.

Das Auftreten des Augenleidens kann darauf hinweisen, daß es sich um eine ernstere Form des Diabetes handelt. Prognostisch kann man auf Grund der Untersuchungen von Papanikolau behaupten, daß die entzündlichen degenerativen Erkrankungen der Netzhaut eine schlechtere Voraussage quoad vitam bieten als Katarakt und Sehnervenerkrankung.

Die äußeren Teile des Auges erkranken nur selten infolge von Diabetes und ist der ursächliche Zusammenhang zum Teile zweifelhaft.

An den Lidern konstatierte man Furunkel, Abszesse, Ekzeme, Hordeola und Chalazea, gelegentlich auch Blutungen und Gangrän. In der Konjunktiva treten zuweilen Blutungen auf. An der Hornhaut sah man eitrige und parenchymatöse Keratitis. Rezidivierende Episkleritis wird zuweilen auf Diabetes zurückgeführt. Von Phlegmone der Augenhöhle bei Diabetes sind zwei Fälle beschrieben (Lagrange). Die Tränenorgane sind frei. Panophthalmitis wurde im ganzen dreimal beobachtet.

Die Iritis diabetica nimmt 1 bis 6% aller diabetischen Augenkrankheiten ein. Die Iritis diabetica ist relativ häufig eitriger Natur (Hypopyon, fibrinöse Membranen in der Vorderkammer und im Pupillargebiet; Beschläge an der Deszemeti). Der Verlauf ist meist günstig. Rezidiven sind selten. Aeußerst selten kommt es zu schweren Komplikationen (Katarakt, Glaskörpertrübungen, Netzhautblutungen, Sehnervenatrophie). Betont muß werden, daß nicht selten eine aus anderen Gründen ausgeführte Bulbusoperation (Iridektomie, Kataraktextraktion) beim Diabetiker Iritis hervorruft.

Die Katarakt macht etwa 34% aller diabetischen Augenleiden aus und erkranken etwa 0·6—9% aller Diabetiker daran, obwohl die Feststellung sehr schwer ist, weil bei Cataracta senilis der Diabetiker selbstverständlich das ursächliche Moment (Diabetes oder Alter) schwer zu bestimmen ist.

Der Zuckerstar tritt aber in jedem Lebensalter (auch bei Kindern) auf. Männer erkranken häufiger daran als Frauen. Nur in seltenen Fällen hat die Cataracta diabetica charakteristisches Aussehen (Genaueres darüber möge im Original nachgelesen werden). Es liegen einige Beobachtungen vor, die eine teilweise Zurückbildung der Cataracta diabetica resp. eine Besserung des herabge-

setzt gewesenen Visus nach ausgiebiger antidiabetischer Kur schildern. Jedenfalls scheint es festzustehen, daß eine solche Kur das Fortschreiten der Kataraktbildung verzögert.

Ob man eine vorhandene Cataracta diabetica operieren soll, hängt selbstverständlich vom Allgemeinbefinden ab; je schlechter das letztere, desto schwerer wird man sich zur Operation entschließen. Der Verlauf der Operation ist wohl etwas weniger günstig als der bei nicht diabetischer Katarakt, aber unter Anwendung aller nötigen Kautelen durchaus nicht entmutigend.

Die letzte Ursache der diabetischen Katarakt ist noch unbekannt, vermutlich liegt eine Autointoxikation vor: das Pigmentepithel der Iris erleidet bei Diabetikern eine eigentümliche Auflockerung und ödematöse Quellung mit Rarefizierung des in feine Körnchen aufgelösten Pigments. Möglich, daß dadurch Ernährungsstörungen entstehen und daß überdies die diabetische Kachexie, und die durch den Zuckergehalt der flüssigen Augenmedien bedingte wasserentziehende Eigenschaft derselben (obwohl der Zuckergehalt der flüssigen Augenmedien selbst bei starkem Prozentgehalt an Zucker des Harnes nur relativ gering ist) die letzte Ursache der Cataracta diabetica sind.

Aus Glaskörperblutungen hervorgegangene Glaskörpertrübungen sind bei Diabetes nicht gar so selten entweder als solche allein oder im Gefolge von Retinitis diabetica, die bekanntlich in mehreren Formen auftritt (vergl. Original), speziell nach Hirschberg als a) Ritinitis centralis punctata diabetica mit charakteristischem Zentralskotom und als b) Retinitis haemorrhagica diabetica.

Die Retinitis diabetica tritt meist bei Patienten im Alter von 45—65 Jahren und bei vorhandener Diabeteskachexie infolge schon lang bestehenden Diabetes auf. Quoad sanationem ist die Retinitis diabetica prognostisch dubia quoad vitam jedenfalls gravissima.

Quoad therapiam empfiehlt sich nebst allgemeiner Behandlung strengste Schonung, Vermeidung von Kongestionen gegen Kopf und Auge, Allgemeinbehandlung, Indikationen und Salizylpräparate.

Die Aetiologie der Retinitis diabetica ist, insoferne es sich nicht um eine Komplikation von Diabetes und Morbus Brigthi handelt, nicht ganz klar und das umso weniger, da bei den reinen diabetischen Formen nicht immer direkte Erkrankung der Gefäßwände nachweisbar ist.

Embolie, Thrombose der Zentralarterie, Netzhautablösung, Lipämie der Retinalgefäße, wurden beim Diabetes beobachtet, doch ist der Zusammenhang nicht einwandfrei.

Einfache Sehnervenatrophie, akute oder chronische retrobulbäre Neuritis, Hemianopsie und Amblyopie ohne Befund wurden ebenfalls beim Diabetes konstatiert, und war in etwa 24% aller mit Diabetes in Zusammenhang gebrachten Augenerkrankungen.

Es können diese Krankheiten entweder durch den Diabetes direkt, durch ein sekundäres Nierenleiden oder endlich durch ein den Diabetes verursachendes Gehirnleiden bedingt sein. Gewöhnlich ist bei diesen Formen das Scotoma centrale. Das Alter der davon befallenen Patienten beträgt meist 50 Jahre. Bei Vorhandensein von Scotoma centrale absolutum ist die Prognose sehr ernst. Nach Mauthner durch gleichzeitig bestehende Intoxikationsamblyopie cabusu nicotianae et alcoholis bedingt, hält Hirschberg, Schmidt-Rimpler, Samual, Dianoux den Tabakalkoholmißbrauch als nicht in Betracht kommendes Moment, da auch ohne diese Noxe das Skotoma vorhanden ist, während Leber den Schluß zieht, daß Diabetiker für diese Intoxikationsamblyopie empfindlicher sind als sonst Gesunde.

Bei der diabetischen retrobulbären Neuritis handelt es sich um eine Erkrankung des papillomakularen Bündels des Sehnerven.

Akutes Glaukom ist beim Diabetes mehrfach beobachtet worden. Sekundarglaukom kann zu verschiedenen diabetischen Augenerkrankungen hinzutreten.

Interessant ist das Auftreten von Myopie bei früher emetropisch, ja hypermetropisch gewesenen Patienten (Diabetikern) entweder mit oder auch ohne Katarakt. Zuweilen ist die Myopie spastischer Natur, zuweilen beruht sie auf einer Aenderung des Brechungsindex des Humor aqueus und der Linse (Schapringer und Appenzeller).

Sehr selten ist Hypermetropie die Folge von Diabetes. Horner erklärt diese Hypermetropie durch Abnahme des Bulbusinhaltes, durch Wasserverlust, Landolt durch eine Erhöhung des Brechungsindex des Glaskörpers.

Akkomodationsschwäche — vorzeitige Presbyopie — kommt als Ausdruck einer allgemeinen Muskelschwäche ebenfalls nicht sehr selten vor.

Diesen Akkomodationsschwächen, ja Lähmungen, schließen sich am natürlichsten an: die Lähmungen der Pupille (Mydriasis) und die in 4—7% aller diabetischen Augenleiden vorkommenden Augenmuskellähmungen.

Schließlich soll noch betont werden, daß im Coma diabeticum eine auffällige Hypotonie des Bulbus mit weiter schlecht reagierender Pupille vorkommt, wie sie sonst bei gar keinem Koma beobachtet wird. — (Augenleiden bei Diabetes mellitus. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Augenheilk., Bd. 7. H. 2 u. 3, 1907.)

Akuter Gelenkrheumatismus.

1. Ueber akuten Gelenkrheumatismus, Chorea und Endokarditis der Kinder. Von Nikol. A. Kyshallinos. (Grazer Kinderklinik.) Ref. Einstein, Stuttgart.

2. Zur Behandlung des akuten Gelenk- und Muskelrheumatismus. Von G. Merli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

3. Ueber die Behandlung akuter Arthritiden mit intravenösen Kollargolinjektionen. Von G. Riebold. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. In Graz ist Polyarthritis bei Kindern sehr häufig: auf zirka 100 Fälle von croupöser Pneumonie kamen 40 von akutem Gelenkrheumatismus. Im ersten Jahre wurde die Erkrankung nicht beobachtet, sie trat erst vom vierten Jahre ab häufiger auf. Ein Zusammenhang mit dem Wachstum bestand nicht. Vererbung der Disposition mag wohl vorkommen, aber das familiäre Auftreten, das in der Hälfte der Fälle beobachtet wurde, erklärt sich leichter aus dem gleichen krankmachenden Milieu, in dem Eltern und Kinder zusammen lebten. Feuchte, dunkle Wohnungen spielen hier wohl eine Rolle. Das erstmalige Auftreten der Krankheit war über das ganze Jahr ziemlich gleichmäßig verteilt. Die ersten Symptome waren zumeist Gelenkschmerzen, seltener traten zuerst Störungen des Allgemeinbefindens auf. Aeltere Kinder klagten oft zuerst über Halsschmerzen. Der Verlauf war meistens leicht. Salizyl hatte stets prompte Wirkung und verkürzte die Krankheitsdauer auf durchschnittlich fünf Tage. Die häufigste Lokalisation war im Sprung-, Knie-, Ellbogen und Handgelenk, welche auch am häufigsten zuerst erkrankten. In rund 70% folgte eine Beteiligung des Endokards nach, wobei sich das überraschende Resultat ergab, daß Mädchen viel mehr zu dieser Komplikation neigten als Knaben; erstere wurden fast alle von dieser Nachkrankheit betroffen. Auch die Chorea im Gefolge der Polyarthritis ist bei Mädchen viel häufiger als bei Knaben. Bei 43 nachuntersuchten Fällen von rheumatischer Endokarditis war nur achtmal eine Ristitutio ad integrum zu konstatieren, in allen anderen Fällen entstanden Klappenfehler. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 19, 1906.)

2. Die Verwendung des Mesotans in 44 Fällen von akutem Gelenk- und Muskelrheumatismus hat Merli derart gute Dienste geleistet, daß er die interne Anwendung der Salizylpräparate am liebsten ganz aus der Therapie gestrichen haben möchte. Er verwendet es mit Olivenöl āā, und nur in sehr hartnäckigen Fällen unverdünnt. Man bringt täglich 2—3mal einen Kaffeelöffel der Flüssigkeit zur Einpinselung; letztere soll ohne stärkeres Reiben geschehen. In typischen Fällen sieht man fast immer schon nach der zweiten Einpinselung eine deutliche Besserung. Nebenwirkungen hat Vf. nur einmal in Gestalt eines leichten Erythems gesehen, sonst nie, selbst nicht bei langdauernder Verwendung. Er hält die Wirkung des Mittels für so sicher, daß ihm



Ausbleiben derselben für eine andere Diagnose als akuter Gelenkrheumatismus spricht. — (Gazz. degli osped. Nr. 103, 1906.)

3. Die außerordentlich günstigen Erfolge, die in zwei Fällen hartnäckiger Arthritiden mit intravenösen Kollargolinjektionen gemacht wurden, ermutigten zu weiteren Versuchen. Im ganzen verfügt Riebold über 35 Fälle, von denen 11 völlig geheilt, 4 wesentlich gebessert, 20 nicht beeinflußt wurden; in den 15 geheilten bezw. gebesserten Fällen handelte es sich siebenmal um Gonorrhöe, zweimal um akuten, viermal um subakuten Gelenkrheumatismus und zweimal um Sepsis. Von den 20 Fällen mit Mißerfolg können 15 deshalb eigentlich nicht gebucht werden, weil sie in die Anfänge der Kollargolversuche fallen, wo die Behandlung aufgegeben wurde, wenn nicht gleich die erste Injektion einen in die Augen springenden Erfolg brachte; immerhin bleiben noch fünf Fälle, bei denen bei typischer Behandlung, abgesehen von der fast konstanten, aber vorübergehenden Schmerzlinderung kein wesentlicher Einfluß zu konstatieren war. Es ist schwer zu sagen, warum das Kollargol in dem einen Falle wirkt, im anderen nicht; nicht wahrscheinlich ist eine elektive Wirkung auf bestimmte Bakterien; von Einfluß scheint die Aktuität des Prozesses zu sein, von viel größerem aber die Pathogenese des betreffenden Falles (direkte Ansiedlung der Bakterien im Gelenk, Toxinwirkung etc.). In vielen Fällen wird durch das Kollargol nicht eine völlige Heilung, sondern nur eine Besserung einzelner Symptome erzielt. Am regelmäßigsten trat der Nachlaß der Schmerzen ein, manchmal schon nach 2—3, meist nach 12 Stunden, sehr häufig auch eine Besserung des Allgemeinbefindens. Der Einfluß auf die Gelenkschwellungen war oft geradezu eklatant der Rückgang derselben wiederholt schon nach 24 Stunden meßbar. Oft machte sich auch ein direkter Einfluß auf die Temperaturkurve bemerkbar; durch öftere Wiederholung gelang es nicht selten, das Fieber dauernd zu beseitigen. — Verwendet wurde eine 2%ige Lösung, von der das erstemal 4—8, dann 6—10 cm^3 injiziert wurden. Die Häufigkeit der Injektionen richtet sich nach dem gegebenen Falle; sobald die Wirkung auf Schwellung, Schmerz, Temperatur nachläßt, wird wieder injiziert. Meist genügen 3—4, gelegentlich waren 5—6 nötig. Die Technik ist einfach; die Injektion muß bis auf den Hautstich schmerzlos sein (Schmerzen bedeuten, daß man sich nicht in der Vene befindet); in einzelnen Fällen machen Fettleibigkeit oder Hautveränderungen die Technik schwieriger. Nebenwirkungen treten nur bei Fehlern ein: bei zu rascher Injektion Beklemmung und Dypnoe, bei Injektion ins perivaskuläre Gewebe schmerzhafte Infiltrate. Vf. ist der Ansicht, daß das Kollargol bei der gonorrhoischen Arthritis ein äußerst wertvolles, fast spezifisch wirkendes Heilmittel ist, das sofort angewendet werden soll. Bei akutem Gelenkrheumatismus kommt man meist mit interner Behandlung aus; bei hartnäckigen Fällen sowie bei subakuten Arthritiden kann man Kollargol versuchen; ebenso ist es bei septischen Prozessen zu empfehlen. — (Münch. Med. Wochenschr., 1. August 1906.)

Nervenkrankheiten.

Epilepsiebehandlung.

1. Ueber einige neuere Methoden der Epilepsiebehandlung. Von A. Eulenburg. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

2. Die Erfolge der Opium-Bromkur bei Epilepsie. Von Dr. Kellner. Ref. Paul Lissmann, München.

1. Gute Erfolge hat die von Balint angegebene Bromopankur erzielt; sie hängt mit dem von Toulouse und Richet proklamierten Prinzip der kochsalzarmen Diät und der Chlorverdrängung durch das ihm substituierte Brom eng zusammen. Balint verabfolgt den Epileptikern bromhaltiges Brot „Bromopan"; dasselbe enthält auf 100 g 1 g Bromnatrium; das zu seiner Herstellung verwandte Mehl heißt Bromofarina. Dieses Brot bildet den Hauptbestandteil der Epileptikerkost, so daß die Behandlung eine gemischte, medikamentös-diätetische ist. Es werden dabei täglich 3—4 g Bromnatrium dem

Körper zugeführt. Bromopan eignet sich besonders für frischere und leichtere Fälle. Sehr zufrieden war Eulenburg mit Bromipin, das in 10% und 33$^1/_3$% Flüssigkeit hergestellt wird. Neuerdings kommt es in Tabletten in den Handel (1 Tablette enthält 1·2 g des 33$^1/_3$%igen Bromipins). Es bewirkt keine Verdauungsstörungen, noch Akne. Die Ausscheidung erfolgt sehr langsam. Es dürfen nicht zu geringe Dosen angewandt werden, durchschnittlich 3—4 Eßlöffel des 10%igen Präparats, bei Kindern 2—4 Teelöffel; bei rektaler Anwendung 15—40 g des 33$^1/_3$-prozentigen Präparats vor dem Schlafengehen in 4—5tägigen Intervallen. Seit 4$^1/_2$ Jahren wendet Eulenburg das Cerebrin, innerlich und subkutan, an. Es ist ein nicht ganz unwirksames und beachtenswertes Hilfsmittel, besonders wenn die Brombehandlung im Stich läßt. Man verordnet es innerlich in Tabletten von 0·3, täglich 3—4—6 Stück oder subkutan als Cerebrinum Poehl pro injectione subcutanea — eine 2%ige sterilisierte, in Glasfläschchen eingeschmolzene Lösung. — (Die Ther. d. Gegenw., H. 11, 1906.)

2. 15jähriges Studium auf dem Gebiete der Epilepsietherapie haben Kellner zu der Ueberzeugung gebracht, daß die in folgender Weise angewendete Opium-Bromkur die zweckmäßigste Behandlung der Epilepsie darstellt:

Erstens: dreimal täglich 0·05 Extract. Opii, jeden zweiten Tag um 0·01 steigend, bis zu der am 50. Tag erreichten Höchstdosis von dreimal täglich 0·29. Unmittelbar anschließend am 51. Tag 2 g, tags darauf 6 g, dann 7 g, dann 8 g und am 58. Tag 9 g einer Brommischung, in der auf je 1 g Bromkalium und Bromnatrium $^1/_2$ g Brom-Ammon kommt.

Zweitens: dreimal täglich 1 Eßlöffel Salzsäure während der Opiumzeit und, wenn nötig, Karlsbader Salz.

Drittens: Vegetabilische Diät, geistige und körperliche Ruhe und Bäder während der Opiumkur täglich in folgender Anordnung: in 24° C. 10 Minuten, tags darauf in 23° C. 9 Minuten, herabsteigend bis zum 8. Tag in 17° C. 3 Minuten; dies bleibt bis zum 15. Tag; vom 16. bis 23. Tag 17° 4 Minuten Dauer, vom 24. bis 31. Tag 17° C. 5 Minuten Dauer, vom 32. bis 50. Tag 17° C. 6 Minuten Dauer.

Mit dieser Kur, die bei Kindern entsprechend geringer dosiert wird, hat Vf. seit zehn Jahren selbst bei schwersten Fällen gute Resultate erzielt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 48, 1906.)

Ueber die Aetiologie und Therapie des neurasthenischen Kopfschmerzes, des neurasthenischen Schwindels und der Migräne. Von Dr. G. Peritz. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Als Ursache der eben angeführten nervösen Affektionen führt Peritz Myalgien im Kukullaris und Sternokleidomastoideus entweder einseitig oder doppelseitig an. Die Beschwerden werden durch Einspritzungen von geringen Mengen Kochsalzlösung (0·2:100 sterilisiert) in die abnorm schmerzhaften Muskelstellen beseitigt. Die Therapie ist eine vollkommen lokale, sie wirkt nur auf diejenige Stelle, die behandelt ist. Es müssen daher so oft Einspritzungen vorgenommen werden, als sich erkrankte, schmerzhafte Stellen vorfinden. Als Erklärung für den Zusammenhang der Myalgie und den nervösen Affektionen führt Peritz den Umstand an, daß am Schädel eine große Anzahl von Nerven austreten, daß ferner infolge der annähernden Kugelgestalt des Schädels die Uebertragung von Zug und Zerrung von der Rückseite des Schädels auf die frontale viel eher und stärker stattfinden kann, als an anderen Stellen des Körpers. — (Med. Klinik Nr. 44—46, 1906.)

Behandlung der Chorea mit Exalgin. Von J. Monteverdi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. behandelt seit 1897 seine Choreafälle, im ganzen 31, mit Exalgin und hat es als ein ganz vorzügliches Heilmittel erprobt. Man verschreibt es am besten in alkoholischer Lösung und gibt es in dosi refracta, den Körper langsam an größere Mengen gewöhnend. Man verschreibt zunächst 0·05 Exalgin auf 10 g Alkohol und 120 g Lösungsmittel (Wasser und Sirup), tagsüber zu verbrauchen, und steigt allmählich auf 0·5—0·9 g Exalgin; dann bleibt man 7—14 Tage auf dieser

Dosis und geht langsam wieder zurück. Die Wirkung ist sicher und rascher als bei jedem anderen Mittel. — (Gazz. degli osped., 14. Okt. 1960.)

Die Radiotherapie der Syringomyelie. Von A. Gramegna. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Nach dem Vorgang von Raymond (Paris) hat Vf. in zwei Fällen sicherer Syringomyelie die Behandlung mit Röntgen-Strahlen versucht. Im ersten Falle war nach 20 Sitzungen eine wesentliche Besserung der Motilität der oberen Extremitäten, sowie des Geschmackssinnes festzustellen; die Sensibilitätsstörungen, die Muskelatrophie und die Veränderungen der elektrischen Reaktion blieben unbeeinflußt. Im zweiten Falle wurde neben der Motilität auch die sensible Störung im Sinne einer wesentlichen Besserung beeinflußt. Mehr verlangen, hieße Unmögliches verlangen; denn die Radiotherapie kann nur das gliomatöse Gewebe zerstören und damit beseitigen, was dessen Anwesenheit verschuldet; was aber einmal zerstört ist, das bleibt zerstört; die besten Resultate wird man also zeitigen, wenn man möglichst in Frühstadien behandelt. Da zu intensive Bestrahlungen das Zentralnervensystem schädigend beeinflussen könnten, so ist große Vorsicht am Platz. Man wird mit 3—4 Holzknecht einen über den anderen Tag bestrahlen, im ganzen 8—10 Sitzungen, dann nach einer Pause von einigen Tagen die Serie wiederholen, eventuell noch ein zweitesmal. Die beste Tiefenwirkung erhält man bei einer Entfernung der Antikathode von 30—35 cm; der Bestrahlung direkt von hinten ist die seitliche Beleuchtung aus technischen Gründen vorzuziehen, wobei man noch den Vorteil hat, abwechseln zu können zwischen rechts und links, und damit die Haut mehr zu schonen. Günstig für den Erfolg ist, daß bei der Syringomyelie die Knochen meist durchgängiger sind als normal. — Es wird sich empfehlen, um ein Nachwuchern des gliomatösen Gewebes zu verhindern, die Behandlung in Intervallen zu wiederholen. — (Riv. crit. di Clin. med. Nr. 45, 1906.)

Experimentelle Tabes bei Hunden (Trypanosomentabes). Von Dr. W. Spielmeyer. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Durch Impfung von Trypanosoma Brucci ist es Spielmeyer gelungen, mit Hilfe der Marchischen Chromosmiummethode frische Degenerationen im Gebiete der hinteren Rückenmarkswurzeln, der sensiblen Trigeminuswurzel und im Optikus nachzuweisen. Der Prozeß im Rückenmark beschränkt sich im wesentlichen auf die zervikalen Segmente. Der Befund ähnelt völlig dem Bilde der zervikalen Tabes, und zwar dem ersten Stadium einer solchen. Regelmäßiger als diese Hinterwurzelveränderungen fanden sich Entartungsprozesse in der sensiblen Trigeminuswurzel, die auch häufig bei der Tabes des Menschen erkrankt. Bei zwei Hunden ließ sich eine Miterkrankung des Optikus nachweisen. Mit Rücksicht auf die Lokalisation der degenerativen Vorgänge — die Erkrankung der Hinterwurzelsysteme und die Beteiligung des Optikus — und mit Rücksicht auf die Eigenart des degenerativen Prozesses — die primäre Fasererkrankung — glaubt sich Spielmeyer berechtigt, von einer tabischen Erkrankung, „der Trypanosomentabes" der Hunde, zu sprechen. Histologisch gleichen sich Menschen- und Hundetabes vollkommen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 48, 1906.)

Hygiene und soziale Medizin.

Ueber Krüppelfürsorge. Von L. Rosenfeld, Nürnberg. Ref. Einstein, Stuttgart.

Die staatliche Fürsorge für die Krüppel, deren Zahl in Deutschland auf mindestens 360.000 geschätzt werden muß, ist eine soziale Notwendigkeit. Die nordischen Staaten haben vorbildliche Einrichtungen geschaffen, während in Deutschland und Oesterreich-Ungarn noch sehr wenig geschehen ist. Der springende Punkt für eine zweckentsprechende Gestaltung der Krüppelfürsorge ist die Betonung und Durchführung ausgiebigster chirurgisch-orthopädischer Hilfe durch Errichtung zahlreicher staatlicher Institute. Diese Krüppelanstalten müssen der

Fürsorge in vier Punkten gerecht werden: 1. als Heilanstalt durch Gewährung orthopädisch-chirurgischer Behandlung; 2. als Erziehungsinstitut durch Leitung eines der Normalschule entsprechenden Unterrichtes; 3. als gewerbliche Fortbildungsschule durch Ausbildung in einem den Fähigkeiten des einzelnen Krüppels entsprechenden Beruf; 4. als Versorgungsheim für Unheilbare und solche, die nicht zu wirtschaftlicher Selbständigkeit gebracht werden können.

Die Schule muß mit der Klinik in Verbindung sein, da die Kuren oft jahrelang dauern. Die Berufsausbildung ist schon während der Schulzeit notwendig. — (Verh. d. Vers. d. Naturf. u. Aerzte, Stuttgart 1906.)

Vakzination mittels subkutaner Injektion von Lymphe. Von Knöpfelmacher, Wien. Ref. Einstein, Stuttgart.

Vf. versuchte, ob durch subkutane Injektionen von 1—2 cm³ verdünnter (1:1000) Lymphe eine Immunisierung gegen das Vakzinegift geschaffen werden könne. In einem Teil der Fälle trat eine jetzt seit mehreren Monaten bestehende Immunität ein. Man wird natürlich erst nach Jahren über das Dauerresultat berichten können. Diejenigen Fälle, bei denen die Immunisierung eintrat, reagierten an der Injektionsstelle mit einer Rötung und Infiltration der Haut. Bei den anderen ging die Injektion spurlos vorüber. — (Verh. d. Gesellsch. f. Kinderheilk.; 78. Vers. d. Naturf. u. Aerzte, Stuttgart 1906.)

Praktische Vorschläge zur Hygiene der Frauenkleidung. Von Grisson, Hamburg. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die vom Vf. vorgeschlagene Kleidung gestaltet sich folgendermaßen: Zunächst kommt das gewöhnliche Leinenhemd, darüber ein Leibchen aus Trikot, welches sich genau den Formen anschmiegt, mit breiten Schulterstücken; es reicht bis zum Trochanter und trägt Laschen für die Strumpfbänder. (Am besten ist das Leibchen „Juno“ bei C. Hartmann, Hamburg, gr. Bleichen 56/58.) Bei sehr vollen Büsten kann man darunter einen Büstenhalter nach Art von Langes Münchener Leibchen tragen lassen. Dann kommt die gewöhnliche weiße Hose, die aber nicht in der Taille schließen darf, da diese nicht durch ein Korsett gegen Druck geschützt ist, sondern in der Mitte zwischen Spina anterior superior und Trochanter. Zur Sicherheit gegen Rutschen werden etwas innerhalb der Spina und hinten in der Gegend der Symphysis sacroiliaca je zwei Knopflöcher in den Bund der Hose gemacht und entsprechend am Leibchen vier Knöpfe für das Beinkleid befestigt. Etwa 2 cm oberhalb dieser vier Knöpfe werden an dem Leibchen nochmals vier Knöpfe befestigt für einen kurzen Flanellrock und den langen oberen Unterrock. So verbleibt nur ein kleiner Rest der Last für die Schulter. Von fertig gekauften Hosen und Unterröcken genügt es, oben vom Bund 2—4 cm abzunehmen, um sie passend zu machen. Natürlich darf auch der Kleiderrock nicht um die Taille geschlossen werden; deshalb macht man oben an ihn eine Art Untertaille aus leichtem Futterstoff; so tragen die Schultern das Kleid. Für neue Kleider empfiehlt es sich, den Rock 7—10 cm über den Taillenschluß hinauf schneiden und genau nach dem Körper arbeiten zu lassen, dann trägt wieder die Reibung die Hauptlast, und den Rest überträgt die Untertaille auf die Schultern. Darüber kommt die Bluse, die durch einen leichten Gürtel abgeschlossen wird. Die Bluse kann unter der Brust oder in der Taille abschneiden. Eine solche Kleidung läßt den Uebergang zur korsettlosen Kleidung ohne große Veränderung der vorhandenen Kleidung bewerkstelligen, fällt nicht auf, erlaubt jede Ausgestaltung, ist praktischer und ökonomischer als die Reformkleidung, beengt den Rumpf an keiner Stelle und ist durchaus weiblich. — (Münch. med. Wochenschr., 23. Okt. 1906.)

Prostitution und Tuberkulose. Ref. Fritz Loeb, München.

Nach den Erfahrungen von Spillmann erliegen zirka 40% der Prostituierten der Tuberkulose. Er regt eine Sammelforschung mit genauen Erhebungen über die Zahl der tuberkulösen Prosti-

tuierten an. Das Material wird an die Geschäftsstelle der internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose (Berlin, Eichhornstraße 9) erbeten. — (Internationale Enquete über die Beziehungen zwischen Prostitution und Tuberkulose, von Spillmann; Tuberkulosis, Bd. 5, Nr. 1, 1906.)

Chirurgie.

Orthopädie.

1. **Ueber die Ursachen der sogenannten habituellen Skoliose.** Von Max Böhm, Boston. Ref. Prof. Dr. Vulpius, Heidelberg.

2. **Wie hat der Praktiker die angeborene Hüftluxation zu behandeln?** Von Calot und Bergugnat. Ref. Prof. Dr. Vulpius, Heidelberg.

3. **Die Behandlung des angebornen Klumpfußes.** Von B. E. Mc. Kenzie, Toronto. Ref. A. Haas, München.

1. Neue Wege geht Böhm, um der Aetiologie der idiopathischen oder habituellen Skoliose näher zu kommen. Seine Theorie stützt sich auf anatomische, röntgenologische und klinische Untersuchungen, deren Ergebnisse durch zahlreiche, höchst interessante Abbildungen verdeutlicht werden.

Seine Anschauungen lassen sich kurz zusammenfassen, wie folgt:

Die menschliche Wirbelsäule weist sehr häufig Varietäten auf hinsichtlich der Wirbelanzahl in ihren verschiedenen Abschnitten. Solche Varietäten erlangen dann pathologische Bedeutung, wenn sie asymmetrisch vorhanden sind, wenn z. B. ein Wirbel halbseitig den Charakter der Wirbel des benachbarten Wirbelsäulensegments aufweist (Halsrippe, unilaterale Verschmelzung von Lendenwirbel und Kreuzbein etc.)

Solche Varietäten können ganz bestimmte Skoliosenarten veranlassen.

Die Röntgen-Untersuchung einer Serie von Skoliosen ergab die vermutete anatomische Varietät der Wirbelsäule im Bereich der „primären" Krümmung.

Vf. möchte die sogenannte „habituelle" Skoliose darum richtiger als „Scoliosis congenita tarda" bezeichnen. — (Boston med. and surg. Journ., 22. Nov. 1906.)

2. Was Calot ausführlich in seinem Buch *) behandelt, gibt er hier in gedrängtester Kürze, aber durch ein Dutzend klarer Bilder verdeutlicht dem praktischen Arzt. Zwei Sätze stellt er voran: Die Hüftluxation kann stets und völlig geheilt werden bei Kindern von $1^1/_4$—5 Jahren. Jedes Luxationskind muß in diesem Alter behandelt werden.

Er beschreibt dann die verschiedenen von ihm mit Erfolg geübten Einrenkungsmanöver (entweder Beugung, Abduktion, Außenrotation oder Adduktion, Extension, Innenrotation) und die im Gipsverband festzuhaltende Position (Anfangsbeugung 90°, Abduktion 80°, später Streckung, Abduktion 30°, Innenrotation 50°). Der Gipsverband umfaßt auch den Fuß. Auf Umherlaufen wird verzichtet. Nachbehandlung nicht unbedingt nötig. — (Journ. d. Prat. Nr. 46, 1906.)

3. Mc. Kenzie stützt sich bei seinen Ausführungen auf 500 Klumpfußfälle, die er in allen Altersstufen bis zum 46. Jahre hinauf behandelt hat. Er empfiehlt, die Korrektur bis zum zweiten Lebensjahre, bis also das Kind seine Füße belastet, zu verschieben und während des ersten Jahres nur redressierende Manipulationen von der Mutter vornehmen zu lassen; diese sollen hauptsächlich darauf gerichtet sein, den Vorderfuß nach außen zu bringen, und unterstützen erfahrungsgemäß das Wachstum und die Entwicklung des Fußes.

Sobald das Kind zu laufen anfängt, darf es den Fuß nur in korrigierter Stellung benützen, man muß also jetzt das Redressement vornehmen. Dieses läßt sich nur in allerleichtesten Fällen ohne Narkose ausführen; meist ist Narkose nötig. Vf. macht außerdem offenbar reichlichen Gebrauch von Tenotomien und subkutanen Diszisionen. Er empfiehlt nötigenfalls die subkutane Durchschneidung der Plantarfaszie und der plantaren Ligamente, dann auch der Bänder zwischen Calcaneus und Naviculare, und Talus und Naviculare; schließ-

*) Calot, Die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. Uebersetzt von P. Ewald. Verlag von F. Enke. Stuttgart 1906.



lich in seltenen Fällen die Tenotomie der beiden Mm. tibiales. Vf. betont, wie ja auch viele deutsche Autoren, daß die Tenotomie der Achillessehne erst dann vorgenommen werden darf, wenn die Korrektur des Klumpfußes in sich selbst vollendet ist. Diese Aufrollung des Fußes ist die wichtigste Aufgabe des Chirurgen. Nach dem Redressement, das eventuell in mehreren Sitzungen erfolgen muß, wird jedesmal ein Gehgipsverband angelegt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt drei Monate, die Nachbehandlung besteht in Massage, Gehübungen, Nachtschiene und dem Tragen besonderer Schuhe mit starker, innerer Konvexität. — (Brit. Med. Journ., 10. Nov. 1906.)

Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulosen. Von Dr. Calot, Paris. Ref. A. Haas, München.

Calot stellt seiner Arbeit den Satz voran: Dans la tuberculose, le bistouri guérit rarement, aggrave souvent, mutile toujours. Danach läßt sich schon a priori annehmen, daß Calot einem rein konservativen Verfahren bei der Tuberkulose das Wort reden wird. Er malt die Gefahren der Operation in den schwärzesten Farben; selbst wenn es möglich ist, die Tuberkulose radikal zu operieren, wie bei tuberkulösen Halsdrüsen oder bei Knochenerkrankungen, so bleibt eben bei der Operation die Gefahr einer Inokulation der Tuberkulose in gesundes Gewebe. Calot führt zwei Fälle (eine Kastration wegen Hodentuberkulose und eine Exkochleation bei Spina ventosa) an, in denen die betreffende Affektion jahrelang isoliert bestand, wo aber kurz nach dem Eingriff eine Koxitis bezw. Spondylitis tuberculosa auftrat. Insbesondere warnt er vor einer Eröffnung der kalten Abszesse bei Spondylitis, da eine solche die Prognose dieser Erkrankung ganz wesentlich verschlechtere. Calot verwirft die Operation durchaus und wirft ihr selbst in den Fällen, wo sie Heilung brachte, die Verunstaltung durch ausgedehnte Narben vor.

Besser als die Operation sei der Tuberkulose gegenüber keine lokale Behandlung, das „croiser les bras“. Denn bei richtiger Allgemeinbehandlung heile eine ganze Anzahl aus, die Gefahr einer Impftuberkulose, die bei der Operation bestehe, werde vermieden, und selbst bei einem spontanen Durchbruch eines Abszesses mit Fistelbildung komme es seltener zur Mischinfektion als nach einem chirurgischen Eingriff. Endlich seien die bei Spontanheilung entstehenden Narben geringfügiger als die vom Messer des Chirurgen gesetzten.

Als das Idealverfahren bei der chirurgischen Tuberkulose empfiehlt er das Verfahren der Punktion mit nachfolgender Injektion von zwei Injektionsflüssigkeiten: I. Ol. oliv. 50·0; Aether 50·0; Kreosot. 2·0, Jodoform. 5·0. — II., Naphtol. camphor. 1·0, Glyzerin 6·0. — Dieses Verfahren sollte Allgemeingut der Aerzte werden; es muß streng aseptisch geschehen, die verwendeten Instrumente müssen also sterilisierbar sein. Vf. empfiehlt eine Hohlnadel Nr. 4 (Collin), eine Luersche Spritze und den von ihm angegebenen kleinen Aspirateur. — Man soll mit der Punktion möglichst einer spontanen Eröffnung der Abszesse zuvorkommen; die Injektionslösung I benütze man bei ganz „reifen“ Abszessen, die II. dann, wenn die fungöse Masse nur zum kleinen Teile eingeschmolzen ist. Die Dosis wählt man je nach dem Alter der Patienten, 2—12 g; gewöhnlich sind 10 Injektionen in etwa sechstägigen Intervallen nötig; nicht immer wird man der Punktion eine Injektion folgen lassen. Stets soll man durch gesunde Haut hindurch, nicht durch bereits verdünnte punktieren. Das nach der Behandlung in den Abszessen sich oft ansammelnde Serum entfernt man durch Punktion und Kompressionsverband. — (Journ. des Praticiens Nr. 36, 1906.)

Die Verhütung peritonealer Adhäsionen. Von Charles Greene Cumston, Boston. Ref. A. Haas, München.

Das wichtigste Mittel, um bei Operationen die Entstehung von peritonealen Verwachsungen zu verhüten, ist strikteste Asepsis. Alles, was mit Peritonealflächen in Berührung kommt, muß absolut steril sein und eine glatte Oberfläche haben. Rohe Manipulationen, insbesondere bei der sogenannten Toilette

der Bauchhöhle, sind zu vermeiden. Die mit den Peritonealflächen in Berührung kommenden Kompressen sollen mit warmer Tavelscher Salzsodalösung getränkt sein, da durch Austrocknung der peritoneale Ueberzug ebenfalls leidet.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die exakte Uebernähung der operativ geschaffenen Wundflächen mit gesundem Peritoneum, ferner die richtige Versorgung der Wunde im parietalen Peritoneum. Vf. empfiehlt, das parietale Peritoneum nach beiden Seiten abzulösen, die Ränder in die Bauchwunde zu ziehen und nach Lembert zu vernähen, so daß in die Bauchhöhle keine Nähte zu liegen kommen. Von Müllers Vorgehen, nach der Operation die Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung zu füllen, um Adhäsionsbildung zu verhüten, sah Vf. wenig Erfolg; ja, er wirft dem Verfahren die Begünstigung von Pneumonien vor. Als den besten Weg, die Entstehung von Adhäsionen zu vermeiden, empfiehlt Vf. eine möglichst frühzeitige Anregung der Peristaltik nach Operationen; das beste Mittel, dies zu erreichen, sei die Einspritzung von 0·0004 Physostigmin unmittelbar nach dem Eingriff. Die Injektionen sollen noch einige Tage post operationem fortgesetzt werden. — (American Journal of Obstetrics and Diseases of women and children, Bd. 53, 1906.)

Theoretisches und Praktisches über unser Fadenmaterial. Von Dr. Wederhake. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

An Stelle der bisher üblichen Sublimatseide empfiehlt Vf. die Silberseide. Die Herstellung ist folgende: 1. Entfettung durch zwölfstündiges Liegen in Aether und ebenso lange in Alcohol absolutum. 2. Aufwickeln auf Glasplatten und Kochen in einer 1‰igen wässerigen Sublimatlösung 20 Minuten lang. 3. 20 Minuten in eine 10%ige Wasserstoffsuperoxydlösung. 4. Bei dünneren Sorten eine Stunde in alkalische Silberlösung, bei stärkeren Nummern 2—4 Stunden. Zu versenkten Nähten wird die Silberseide noch mit Kautschuk imprägniert. Nachdem die Seide mit metallischem Silber beladen ist, trocknet man sie bei etwa 100° im Trockenschrank und überträgt sie dann 1. auf etwa zwei Stunden in Chloroform, 2. auf etwa 12 Stunden in eine Chloroformkautschuklösung (8 g besten schwarzen Kautschuks in 50 cm³ Chloroform). Dann Abspülen in Chloroform. Trocknen und Sterilisieren durch Kochen in 1‰iger Sublimatlösung. Die Silberkautschukseide übertrifft an Festigkeit unsere bisher am meisten gebräuchlichen Nähmaterialien, auch den Silberdraht. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 49 u. 50, 1906.)

Die Unterbindung der Schilddrüsenarterien beim Kropfe. Von B. T. Enochin. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. stellt folgende Schlußthesen auf: 1. Die Operation der Unterbindung der Schilddrüsenarterien ist hauptsächlich bei vaskulären Strumen indiziert. 2. Bald nach der Operation wird eine Verkleinerung des Kropfes beobachtet und letztere schreitet in der Folgezeit progressiv weiter. 3. Zweifellos schwinden in einigen Fällen die subjektiven Erscheinungen und die Kranken werden in Stand gesetzt, zu ihren gewöhnlichen Beschäftigungen zurückzukehren. 4. In einigen Fällen erfolgt als Resultat der Operation eine allgemeine Kräftigung des Organismus, Wiederherstellung der Ernährung, eine mehr regelrechte Entwicklung des Organismus. 5. Das kosmetische Resultat ist ein verhältnismäßig geringes. 6. Behufs Unterbindung der unteren Schilddrüsenarterie erscheint das Verfahren nach Drobnik als das beste, die Arterie muß samt dem umhüllenden Zellgewebe in die Ligatur genommen werden; eine doppelte Ligatur ist nicht obligatorisch. 7. Die Einlegung eines Drains zwischen die Arteria carotis und die Wirbelsäule muß vermieden werden: ein solcher Drain kann Dekubitus der Gefäße hervorrufen und eine Ursache von Nachblutungen werden. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 80, H. 4.)

Das salzsaure Chinin als lokales Heilmittel in der Chirurgie. Von G. Moro. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Das salzsaure Chinin ist nach den Untersuchungen Vfs. und anderer an der chirur-

gischen Klinik zu Genua ein Mittel, das lokal ätzend und nekrotisierend wirkt. Es wirkt nicht auf die unversehrte Haut, sondern es muß zuvor eine Kontinuitätstrennung vorhanden sein; es hat ferner vor allen anderen instrumentellen wie medikamentösen Aetzmitteln den Vorteil voraus, daß es nicht reizend wirkt und demgemäß keine oder nur sehr geringe Schmerzen hervorruft. Man kann es daher sehr gut zur Zerstörung von Granulationen verwenden, sei es, daß es sich um normale Granulationen in übermäßiger Entwicklung oder von zu geringer Lebensfähigkeit handelt, oder daß es gilt, das Zuwachsen einer Höhle zu verhüten, oder daß tuberkulöse Granulationen zu zerstören sind. Die Schmerzlosigkeit erlaubt auch den Gebrauch des Chinins bei Kindern; die Tiefe des Schorfes bietet eine Gewähr gegen die Resorption toxischer Produkte. — (Boll. della R. Acc. di Genova 1906; Morgagni Riv, Nr. 47, 1906.)

Therapeutische Versuche zur Heilung von Krebsgeschwülsten durch die Methode der Anästhesierung. Von G. Spieß, Frankfurt a. M. Ref. F. Perutz, München.

Spieß ging von folgenden Voraussetzungen aus:

Jeder wachsende Tumor bedarf zu seinem Wachstum einer vermehrten Blutzufuhr. Diese Kongestionierung wird reflektorisch durch einen von den Tumorzellen ausgehenden Reiz ausgelöst.

Wie bei Entzündungen durch Anästhesierung die reflektorische Hyperämie sich beruhigen läßt, so soll durch Anästhesierung der vom Tumor ausgehende Reiz beseitigt, die Hyperämie verringert und das Wachstum dadurch behindert werden.

Bei den Versuchen an Mäusetumoren kam Nirvanin, Novokain und ein dem Novokain verwandtes Präparat in $^1/_2$%iger Lösung in Anwendung. Davon wurde jeden zweiten Tag $^1/_2$ cm^3 in den Tumor eingespritzt. Die besten Ergebnisse wurden mit den beiden letzten, stärker anästhesierenden Körpern erzielt. Das Resultat dieser experimentellen Untersuchungen ergab: Es gelingt bei den Mäusen, Karzinome durch Injektion anästhesierender Mittel in ihrem Wachstum günstig zu beeinflussen, ja bei langsamem Wachstum und frühem Einsetzen der Behandlung manchmal zu heilen. Um den Einwand der Selbstheilung zu beseitigen, wurden die geheilten Tiere neuerdings durch Tumorimpfung erfolgreich infiziert und zum Teil durch Wiederanwendung der Injektionsbehandlung nochmals geheilt.

Beim Menschen wurden die Versuche vorwiegend an Personen angestellt, die wegen der Ausdehnung der Geschwulst oder wegen hohen Alters inoperabel waren oder entschieden die Operation ablehnten. Die 11 Krankengeschichten sind ausführlich wiedergegeben.

Es zeigten mehrere große Tumoren des Nasenrachenraumes, ebenso ein großes Zungenkarzinom unter der Injektionsbehandlung vorübergehend ein geringeres Wachstum; auch gelang es damit, die Qualen der Patienten zu mildern. In einem Falle eines branchiogenen Karzinoms und bei einem jauchenden Karzinom von Epiglottis, Zungengrund und Pharinxrand, kam es im Anschluß an die Injektionen zu einem ausgedehnten phlegmonös brandigen Zerfall der Tumormassen, der einen außerordentlichen Nachlaß der Beschwerden mit sich brachte, schließlich aber den plötzlichen Tod nicht verhindern konnte.

Am interessantesten sind die beiden letzten noch in Behandlung befindlichen Fälle von Lymphosarkom der Tonsille und Karzinom der Zunge, bei denen ein an Heilung grenzender Rückgang der Tumoren zur Zeit der Publikation erzielt wurde.

Die hier beschriebenen Versuche sollen im Heidelberger Institut für Krebsforschung fortgesetzt werden. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 40, 1906.)

Hernia funiculi umbilicalis. Von Dr. Paul Michaelis. (Aus der chir. Abt. der Univ.-Kinderklinik zu Leipzig; Prof. Tillmanns.) Ref. Fritz Loeb, München.

Vf. beschreibt eine Anzahl von Hernien der Nabelschnur und erörtert im Anschluß daran die operativen Behandlungsmethoden. Alle Nabelschnurhernien

müssen operativ behandelt werden. Die konservative Methode ist unstatthaft. Ausgenommen sind nur diejenigen Fälle, wo der Bruch allzu groß, die Bauchmuskulatur infolgedessen zu wenig ausgebildet und die Bauchhöhle so wenig geräumig ist, daß sich der Bruchinhalt nicht reponieren läßt. Hier empfiehlt Vf. den aseptischen Schutzverband. Die Radikaloperation, die Laparotomie, ist für alle Fälle die geeignete Methode. Sie liefert in jeder Beziehung die besten Resultate, besonders auch mit Rücksicht auf die Dauerheilung. — (Berl. Klinik, Nr. 222, 1906.)

Gynäkologie.

Ueber die Dauererfolge der Ovariotomie. Von Des. v. Velits. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Bei Ovarialkrebs ist möglichst frühzeitige Operation wegen der schnellen Ausbreitungsfähigkeit der Geschwulst anzuraten. Solide markige Tumoren mit allseitigen festen Verwachsungen geben eine ungünstigere Prognose als zystische Krebse. Bei Sarcoma ovarii im jugendlichen Alter kann das gesunde Ovarium eher zurückgelassen werden als bei Fällen von genuinem soliden Krebs. Das Teratom ist wegen seines schnellen Wachstums und seiner Rezidivtumoren als eine maligne Geschwulst zu betrachten. — (Arch. f. Gyn., Bd. 79, H. 3.)

Ueber die primären Resultate und die Dauererfolge der modernen Myomoperationen. Von Dr. O. Sarwey. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Die Gesamtmortalität der modernen Myomoperationen beträgt 4—5%, die vaginale ist um 1—2% höher als die ventrale; bei konservativen ist sie um 1% höher als bei der Radikaloperation. Myome gehen häufig mit Komplikationen einher; letztere sollen zur Frühoperation mahnen, besonders bei älteren Frauen. Die Dauererfolge der mit der Exstirpation beider Ovarien einhergehenden Radikaloperation sind die denkbar besten. Das Auftreten von Ausfallserscheinungen bietet kein Hindernis hiefür. Konservierende Operationen haben oft Rezidive zur Folge oder auch andere Gefahren (Uterusruptur an der Narbe); sie sind nur bei jungen Personen anzuwenden und wenn der ausdrückliche Wunsch nach Erhaltung der Menstruation oder der Gebärfähigkeit vorhanden ist. Die operative Therapie hat die symptomatische möglichst bald zu verdrängen. — (Arch. f. Gyn., Bd. 79, H. 2.)

Ueber Erkrankungen der weiblichen Adnexe. Von Dr. A. Rieck. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. bricht an der Hand eines ziemlich reichlichen Materials eine Lanze für die vaginalen Operationen bei den verschiedenen Tubenerkrankungen. Sie sind lebenssicherer und schonender. Bei der Operation ist auf möglichste Erhaltung des Geschlechtscharakters der Frau zu achten. — (Med. Klinik Nr. 47, 1906.)

Bestrahlungsbehandlung durch Glühlicht in der Frauenheilkunde. Von Dr. O. Tuszkai. Ref. Max Jacoby Mannheim.

Vf. benutzt einen Glühlichtapparat, der aus 4—5 Hartholzreifen besteht, an welchen sich in drei oder vier Reihen je 4—5 Stück 32 Kerzen starke Edisonsche Glühlampen befinden; letztere sind farblos, rot oder violett. Der Apparat wird über den nackten Bauch der Patientin gestellt, und die Glühlampen selbst werden einzeln oder reihenweise eingeschaltet. Der Apparat wird mit einem wollenen Tuche bedeckt. Die Behandlung dauert durchschnittlich 50—51 Minuten; sie wird meistens täglich wiederholt, bis zu drei Behandlungen, nachher eine Pause von 2—3 Tagen, dann jeden zweiten oder dritten Tag neue Behandlung. Diese modifizierte Heißluftbehandlung eignet sich für chronische Exsudate, Anämie, Korpulenz und Obstipation; sie lindert die Schmerzen im Unterleibe und führt zur Verkleinerung von Exsudaten. — (Zeitschrift f. diät. u. phys. Ther., Okt. 1906.)

Therapeutische Erfahrungen über die Verwendbarkeit des Bornyvals bei funktionellen Beschwerden unterleibskranker Frauen. Von Dr. Rattner. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Günstig beeinflußt wurden durch Gaben von 3—4mal täglich eine Bornyvalperle die subjektiven Beschwerden

während der Menses, klimakterische und dysmenorrhoische Erscheinungen, Störungen in der Menopause, Kreuz- und Rückenschmerzen ohne recht nachweisbare Ursache, Herzpalpitationen, Magenschmerzen, Oppressionsgefühl, nervöse Schlaflosigkeit, Angst- und Erregungszustände. Auch zur Herabsetzung der Erregbarkeit vor Operationen ist Bornyval mehrere Tage vor der Operation zu empfehlen. Das Bornyval hat sich gut bewährt als Analeptikum und Karminativum, als Antihysterikum und Antineurasthenikum. Originalschachtel mit 25 Perlen kostet 1·80 Mark. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41, 1906.)

Hohe Antipyrindosen bei Puerperalfieber und Erysipel. Von T. Silvestri. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. empfiehlt auf Grund seiner Krankengeschichten bei Puerperalfieber und Erysipel Antipyrin in Tagesdosen von 4—6 g. — Wenn diese Dosis hoch erscheint, dann möchte Ref. bemerken, daß sie auch in Deutschland — soviel ich weiß nach Gerhardts Vorgang — nicht allzu selten gegeben wurde, und nach meinen Erfahrungen auf der v. Noordenschen Klinik in Frankfurt, wo fast jeder akute Gelenksrheumatismus bei seinem Eintritt zunächst mit hohen Dosen Antipyrin (meist 5—6 g) behandelt wurde, kann ich bestätigen, daß ich niemals eine schädliche Wirkung davon gesehen habe. — (Gazz. degli osped., 28. Okt. 1906.)

Verborgene akzidentielle Blutungen. Von Prof. Dr. H. Wright, Toronto. Ref. G. Wiener, München.

Vf. führt zwei Fälle an, in denen bei graviden Frauen ganz plötzlich ein Schock einsetzte, wovon der eine tödlich endete. Die Schuld daran trugen innere Blutungen, die nicht beträchtlich zu sein brauchen, um den Schock hervorzurufen. Denn es gebe (allerdings selten) Fälle, in denen das Ausströmen von Blut eine starke Ausdehnung der Uteruswand verursache und dadurch sehr gefährlich werde. Daß das Eindringen von Flüssigkeit zwischen Eihaut und Uteruswand selbst in geringen Massen den Tod herbeiführen kann, beweisen zwei Fälle von Simpson aus dem Jahre 1861, in denen wenige Unzen Wasser zur Anregung der Wehentätigkeit eingespritzt wurden und die beide letal endeten.

Immerhin schreibt Wright dem Blutverlust allein nicht die tödliche Wirkung zu, sondern dem Schock, der durch ein starkes Trauma hervorgerufen wird.

Als Behandlung verwirft er das Accouchement forcé gänzlich; er gibt Morphium oder sehr kleine Dosen von Strychnin, läßt den Kopf der Kranken tiefer und die Füße höher legen, erwärmt den Körper durch künstliche Hitze und verabreicht Salzwasserklistiere. Wirkt das alles nicht, so rät er zum vaginalen oder abdominalen Kaiserschnitt. — (The British Medical Journal, 3. Nov. 1906.)

Chronische Metritis und arteriosklerotischer Uterus. Von Dr. Gardner und Dr. Goodall, Montreal. Ref. G. Wiener, München.

Subinvoluton aus irgend einer Ursache ist die häufigste Quelle der chronischen Metritis. Die Fälle von arterio-sklerotischem Ursprung sind meist einer Infektion zuzuschreiben; sie sind charakterisiert durch wirkliche Fibrosis der Uteruswand und arterio-sklerotische Veränderungen in den Gefäßen. Menorrhagien und Metrorrhagien sind einer Muskelinsuffizienz nicht nur des Uterus, sondern auch der Arterien zuzuschreiben. — (The British Medical Journal, 3. Nov. 1906.)

Prophylaktische Behandlung der Anurie bei Uteruskarzinom. Von Dr. Leguen. Ref. G. Wiener, München.

Um der bei Uteruskarzinom drohenden Anurie vorzubeugen, machte der Vf. im Hospital Necker an einer 35jährigen Patientin, bei welcher Kompression des rechten Ureters und beginnende Hydronephrose vorhanden war, folgenden Eingriff:

Unter Chloroformnarkose machte er eine Punktion in die rechte Niere, die groß genug war, um eine Dauersonde „nach Pezzer" einzuführen.

Einen Monat lang urinierte die Kranke gleichzeitig durch die Blase und die lum-

bare Wunde; aber nach dieser Zeit war die Funktion der linken Niere vollständig aufgehoben, da die Kompression auf dieser Seite vollständig war, und die Patientin wäre der Anurie erlegen, wenn die andere Seite nicht offen gewesen wäre. Mit dieser offenen Niere lebte sie noch zehn Monate und sieben Tage. Vf. kommt daher zu dem Schlusse, daß bei den ersten Anzeichen von Nierenveränderung durch eine frühzeitige Operation der Anurie stets vorgebeugt werden solle. — (Gazette Médicale de Strasbourg Nr. 3, 1906.)

Uterusfibrome und Menopause. Von Prof. Reed, Cincinnati. Ref. G. Wiener, München.

Vf. ist der Ansicht, daß jedes Fibromyom, ob es groß oder klein, weich oder hart ist, ohne Rücksicht auf die Nähe der Menopause operiert werden soll. Nur wenn die Tumoren weder Blutungen noch sonst irgendwelche Erscheinungen machen oder kleiner geworden sind, kann von einer Operation abgesehen werden. Die Fibromyome verzögern nach Ansicht Reeds den Eintritt der Menopause bedeutend. Besondere Tumoren von submukoser Lage schieben dieselbe bis zum 50. Jahre und länger hinaus. Er selbst hatte eine Patientin, die noch im 59. Jahre menstruiert war. Maligne Degeneration der Fibromyome sei auch nach der Menopause zu befürchten. — (The British Medical Journal, 3. Nov. 1906.)

Eine Studie über die Resultate in 146 Fällen von Ventrifixation des Uterus. Von Dr. Giles, London. Ref. G. Wiener, München.

De Operation soll bei beweglicher Retroversion des Uterus ausgeführt werden, wenn Pessare versagen, ferner in Fällen, bei denen die Retroversion durch Erkrankung der Adnexe kompliziert ist, schließlich bei Prolapsen und Totalvorfällen. 80% der Patienten haben nach der Operation ungestörte Schwangerschaft und normales Wochenbett, und der Uterus behält seine Lage trotz der Gravidität. In Fällen, in denen keine Schwangerschaft mehr erfolgte, erzielte man vorzügliche Resultate sogar in 95%. Im Allgemeinbefinden zeigte sich Besserung in 90%. Die Bauchnarbe gab Anlaß zu Beschwerden nur in 2—3% aller Fälle. — (The British Medical Journal, 3. Nov. 1906.)

Geburtshilfe.

Beitrag zur Indikation des Kaiserschnittes. Von Dr. Herrenschneider, Kolmar. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. hat in den letzten neun Jahren an der Hebammenschule zu Kolmar (Geheimrat Götel) unter 1300 Geburten sechs Kaiserschnitte ausgeführt (darunter endete einer letal). An der Hand dieser Fälle kommt er zu folgenden Schlüssen: Bei der Indikationsstellung müssen stets mehrere Faktoren zusammenwirken. In erster Linie die Erhaltung des Lebens der Frau, in zweiter das der Frucht, drittens die Sorge für eine möglichst geringe körperliche Schädigung, respektive die Gewährleistung eines Vorteiles durch die Operation. In Frage kamen in den vorliegenden Fällen nur der Bauchschnitt und die Erweiterung des Beckenringes. Die Entscheidung, bei welcher von beiden Operationen, Kaiserschnitt oder Pubeotomie, im allgemeinen für die Frauen eine geringere körperliche Schädigung in Frage kommt, dürfte noch nicht endgiltig entschieden sein. Maßgebend für die Entscheidung kann daher der Zustand der weichen Geburtsteile sein, welche stets bei der Pubeotomie einer unberechenbaren Schädigung ausgesetzt sind. Durch die Herausnahme der Frucht nach oben ist der Genitalschlauch sofort entlastet und die Restitutionsfähigkeit der Gewebe, sowie ihre Widerstandskraft gegen die Infektion gestärkt, anstatt geschwächt. — (Straßburger med. Ztg. Nr. 6, 1906.)

Indikationen zum Kaiserschnitt außer bei Beckenmißbildungen oder Tumoren. Von Dr. Reddy, Montreal. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. zieht den Kaiserschnitt bei dem jetzigen Stande der Operationstechnik dem Accouchement „forcé" sogar vor. Auch bei Placenta praevia solle derselbe angewendet werden; die Sectio caesarea gäbe nur mehr 3—5% Mortalität und man würde dabei fast alle Kinder retten. Bei hypertrophischer Verlängerung

der Zervix, bei hartem undilatierbarem Muttermund auf Grund von Vernarbungen, bei enger Vagina oder Varizen in Vulva und Vagina gäbe der Kaiserschnitt die glücklichsten Resultate. Auch bei inkompensierten Klappenveränderungen des Herzens und bei Lungenkomplikationen sei der beste Eingriff die Sectio caesarea. — (The British Medical Journ., 3. Nov. 1906.)

Ueber die manuelle Plazentalösung. Von S. Kagan. Ref. Fritz Loeb, München.

Der Arbeit liegen 12 Fälle von künstlicher Beendigung der Nachgeburt zugrunde, die Vf. in 3200 Geburtsberichten, welche ihm von Geh. Rat Bumm zur Verfügung gestellt wurden, finden konnte. Seit der Vervollkommnung der Nachgeburtsleitung hat auch nicht nur die Zahl der künstlichen Nachgeburtslösungen beträchtlich abgenommen, sondern in gleichem Verhältnis wird auch über Verwachsung der Plazenta viel seltener berichtet. Diese Tatsache deutet Vf. damit, daß ein sehr großer Teil der klinisch diagnostizierten Plazentarverwachsungen vorgetäuscht sind und daß noch jetzt häufig Verwachsungen angenommen werden, wo sie in Wirklichkeit gar nicht bestehen. Vf. resumiert seine Betrachtungen folgendermaßen: 1. Die Retention der Plazenta beruht in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht auf Verwachsung, sondern auf einer Striktur des inneren Muttermundes, die ihrerseits bedingt sein kann durch: a) Tubeneckplazenta; b) Rigidität des gesamten Geburtsschlauches; c) zu schnelle Geburt durch den noch nicht ganz entfalteten Zervix, z. B. bei künstlicher Beendigung der Geburt bei Steißlage; d) unrichtiger Leitung der Nachgeburtsperiode (dazu kann man das Ziehen an der Nabelschnur, Darreichen von Secale u. s. w. rechnen). 2. Die Inkarzeration der ganz gelösten Plazenta („reine Retention" von Ahlefeld) kommt viel häufiger vor als überhaupt angenommen wird. 3. Nur die Operation, bei der die verwachsene oder die noch ganz oder zum Teil haftende Plazenta entfernt wird, verdient den Namen der „manuellen Lösung"; bei Inkarzeration ist es viel richtiger, von einfacher Lösung zu sprechen. 4. Bei der Entfernung der total gelösten, inkarzerierten Plazenta ist die Prognose, der Natur der Sache nach, viel günstiger als bei der manuellen Lösung. — (Diss., Berlin 1906.)

Die Indikationsstellung zur Behandlung der Geburt bei Beckenlage. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. J. Pfannenstiel. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Die Pubiotomie kommt in Betracht, wenn bei sicher lebensreifen Kindern das Mißverhältnis so groß ist, daß eine Perforation des lebenden Kindes notwendig wäre. Als untere Grenze dürfte beim platten Becken und reifen Kinde etwa eine C. v. von 7, beim allgemein verengten Becken eine solche von $7^1/_2$ zu gelten haben. Was darunter liegt, gebührt dem Kaiserschnitt. Für die künstliche Frühgeburt eignen sich die platten Becken bis herab zur C. v. von $7^1/_2$ cm, während die allgemein verengten, nur bis zu der unteren Grenze von 8 cm geeignet sind. Die gleichzeitig allgemein verengten platten Becken stellen ein reichliches Kontingent zu den höhergradigen Veränderungen und passen deshalb mehr für Pubiotomie (C. v. bis $7^1/_2$) oder Sectio caesarea (C. v. kleiner als $7^1/_2$ cm). Zur Ausführung der künstlichen Frühgeburt eignet sich am besten Hystereuryse mit prophylaktischer Wendung. Für die allgemein verengten Becken ist Spontanverlauf anzustreben. Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt empfiehlt sich hier die Bougiemethode. — (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 41, 1906.)

Wie sollen sich die Hebammen in der Nachgeburtszeit verhalten? Von Prof. R. Lumpe. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Bei normalem Verlauf der Nachgeburtszeit gewissenhafte Beobachtung und Abwarten. Kommt die Nachgeburt innerhalb einer Stunde nicht, ist der Arzt zu rufen. Bei starker Blutung ist sofort der Arzt zu rufen. Bis der Arzt kommt, soll die Hebamme nach Entleerung der Blase mit Katheter massieren. Steht die Blutung, so ist weiter der spontane Abgang der Nachgeburt abzuwarten. Steht sie

nicht oder beginnt es von neuem zu bluten, so ist die Nachgeburt durch Massage und Druck zu entfernen. Gelingt dies nicht, so ist die Plazenta manuell nach den Regeln der Schule zu lösen. Steht die Blutung nach spontaner oder künstlicher Entleerung des Uterus nicht, so ist die bimanuelle Kompression nach Fritsch mit gleichzeitiger abwechselnder Reibung des Uterus so lange auszuführen, bis die Blutung definitiv steht. — (Monatsh. f. Geburtsh. u. Gyn., Nov. 1906.)

Ueber die Metreuryse in der Geburtshilfe. Von Franz Kalcfeld. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Nach ausführlicher Zusammenstellung über die bisher veröffentlichte Literatur der Metreuryse Bericht über 77 mit Metreurysen behandelte Fälle aus der geburtshilflichen Abteilung der Straßburger Universitätsfrauenklinik von den Jahren 1901—1905. Es wurde fast ausnahmslos der Barnes-Fehlingsche Metreurynter, der sich als der wirksamste und beste bewährt hatte, angewandt. Die Indikationen gaben 40mal enges Becken, neunmal Blutung während der Schwangerschaft, fünfmal Wehenschwäche, einmal Pneumonie, dreimal Vitium cordis, zweimal Tuberculosis pulmonum, einmal Bauchhernie, einmal Retroflexio uteri gravidi, einmal Atresia partialis oris interni, einmal hoher Blasensprung, viermal Eklampsie, zweimal Placenta praevia, dreimal Fieber, einmal akutes Hydramnion, zweimal Querlagen und einmal Zystitis und Pyelonephritis. Von den 77 Müttern machten 64 ein ungestörtes Wochenbett durch = 83·1%, 13 = 16·9% der Wochenbette waren gestört. Die Mortalität beträgt 3·9%; dieselbe reduziert sich auf 1·3%, da zwei Todesfälle nicht der Methode zur Last fallen (Eklampsie und Uterusruptur). 62·4% lebende Kinder wurden geboren. Im Anschluß an die Metreuryse verliefen zwölf Geburten ganz spontan; bei einer wurde Wendung auf den Kopf durch äußere Handgriffe gemacht, drei Geburten verliefen spontan nach Wendung auf den Steiß, fünf ganz spontan nach Blasensprengung, zehn wurden durch Extraktion zu Ende geführt, 21 durch Wendung und Extraktion, drei mit Forzeps; die übrigen Geburten waren Aborte. Der Eintritt der Wehen erfolgte in zirka 60 Fällen 4—5 Stunden nach Einlegung des Metreurynters, vielfach erfuhren die bereits vorhandenen eine Steigerung. Die Dauer des Geburtsverlaufes ist im Durchschnitt bei den Spontangeburten und den operativ zu Ende geführten dieselbe. Die Geburt des Kindes erfolgte im Durchschnitt in 15—20 Stunden nach Applikation des Ballons; die kürzeste Zeit war 3 Stunden 20 Minuten; die längste 62 Stunden 45 Minuten. In keinem der beobachteten Fälle versagte die Methode. Ein abfälliges Urteil fällt der Vf. über die Bossische Methode, während er sich anerkennend über den Dührssenschen vaginalen Kaiserschnitt ausspricht. Letzterer wird aber stets für die Klinik reserviert bleiben oder für Krankenhäuser, während der praktische Arzt nach wie vor sich als des für die Praxis geeigneten Verfahrens, eine Geburt zu beschleunigen, der Methode der Metreuryse bedienen soll. — (Diss., Straßburg i. E. 1906.)

Dermatologie.

Zur Röntgen-Behandlung von Hautkrankheiten. Ref. Nobl, Wien.

Mit einem kräftigen Ausfall gegen Bergmanns aus zwingender Erfahrung geschöpftem Mahnwort: alle operablen Epitheliome dem Messer zuzuführen, leitet Kanitz eine Arbeit ein, welche die an Marschalkos Klinik gewonnenen Erfolge der Radiotherapie des Hautkrebses behandelt. Den X-Strahlen wurden in $2^1/_2$ Jahren 45 Fälle ausgesetzt. Unter diesen befanden sich drei Zungen- (eigentlich kein Hautkrebs!!), fünf Lippen-, zwei Wangenschleimhaut- und zwei Mammakrebse. Die übrigen Fälle betrafen Epitheliome des Gesichtes (Nase, Lider, Wange, Stirne). Eine Statistik war unmöglich, da die Fälle nicht wieder zur Kontrolle kamen. Genauer beobachtet sind neun Fälle und die hier erzielten Erfolge, wie wir an der Hand der guten Photogramme vorweg hervorheben kön-

nen, ganz vorzügliche. In der Indikationsstellung sehen wir Vf. den von Holzknecht u. a. vorgezeichneten Wegen folgen; oberflächliche Epitheliome von geringer Ausdehnung und relativer Gutartigkeit (?) seien unbedingt der Röntgen-Therapie zuzuweisen. Auch durch allzugroßes Flächenmaß schwer entfernbare Neubildungen sollen bestrahlt werden, besonders wenn sich denselben vorspringende Tumoren zugesellen. Dem Messer bleibt bei tiefreichenden Neoplasmen das Recht gewahrt. Röntgenisiert sollen ferner inoperable Krebse und solche werden, deren Entfernung vom Kranken nicht zugelassen wird. Die postoperative Bestrahlung findet trotz vieler Gegner im Vf. wieder einen Fürsprecher. Auch Vf. möchte die Wirkung der Strahlen auf das Krebsgewebe als eine destruktive auffassen und spricht die Degeneration der Karzinomzellen als den primären Vorgang an. Doch glaubt Marschalko der entzündlichen Bindegewebswucherung auch einen wesentlichen Anteil am Heilungsvorgange zusprechen zu können. Die Abhängigkeit der Wirkung vom histologischen Baue negiert die Klausenburger Schule. Basalzell- und Spinozellularkrebs reagierten in gleicher Weise. Immerhin bietet der Basalzellkrebs bei seiner mehr oberflächlichen Lage günstigere Chancen. Gearbeitet wird mit mittelweichen Röhren bei der Durchschnittsdosis von 4—6 H. Behandlungsdauer 1—3 Tage. Hervorgehoben wird ein toxämischer Symptomenkomplex, der sich öfters nach Ablauf der Latenzperiode einstellte. Hiebei sind Temperatursteigerung (38—39), Mattigkeit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Leukozytose, Eiweiß und Zylinder im Harn verzeichnet. Die Reaktion steht im Verhältnis zur Aktivität des Gewebszerfalles. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 82, H. 2.)

Die zerstörende Wirkung der X-Strahlen stellt auch S. Stern an die Spitze ihrer Fähigkeiten, wobei die geringe Lebensfähigkeit (?) pathologischer Produkte diesem Vermögen der Strahlen entgegenkommen soll. Bei Sykosis parasitaria und Non parasitaria erzielt S. Stern Heilung in 100%, fast ebensoviel bei allen Arten von Ekzem und Psoriasis. Daß bei dieser Behandlung die Rezidiven nicht seltener sind als bei anderen, vermag Stern nicht zu leugnen. Pruriginöse Krankheiten, Favus, Keloïd (?!), Trichophytie, Mykosis fungoïdes etc. sah Vf. günstig reagieren. Der Hochfrequenzfunken wird gegen Naevi, Warzen, und die Lupusarten Alop. areata etc. empfohlen. — (New-York M. J. March. 1906.)

Als Hauptdomäne dieses physikalischen Behelfes ist immer noch der Lupus vulgaris zu betrachten, der bei rationeller Wertung der Strahlen zum Stillstand und Rückbildung gebracht werden kann. Daß es zur Erzielung dieses Effektes keiner zu intensiven Reaktionsvorgänge bedarf und mit dem Lupus nicht auch unbedingt eine Portion Mensch zugrunde gehen muß, bezeugen die an der Klinik Finger seit dem Jahre 1902 erzielten, äußerst befriedigenden Resultate. Behandelt wurden im ganzen 61 Fälle, die E. J. Eitner zusammenstellt. Da die Behandlung einen der Spontanheilung entsprechenden Erfolg anstrebt, wird an dieser Station jede intensivere Behandlung vermieden, Röntgen-Schorfe kommen nicht zustande. Von 31 genauer beobachteten Fällen blieben sieben ein bis drei Jahre rezidivfrei. — (Wiener med. Wochenschr. Nr. 20 u. 21, 1906.)

Von einer Kombination der Röntgen-Behandlung und Resorzinapplikation sieht Ehrmann bei Lupus besonders gute Resultate. Reines berichtet, daß hiebei der Strahleneinwirkung eine 4—5tägige Resorzinätzung der Lupusknötchen vorangeht und späterhin wieder verwendet wird. Bei einer 2—7monatlichen Behandlungsdauer sollen Heilungen zu verfolgen sein. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35, 1906.)

Im Kampfe gegen das Dogma der Unheilbarkeit der Lepra sehen wir, nachdem alle als spezifisch angepriesenen Mittel wieder verlassen sind, nunmehr auch die X-Strahlen in den Heilplan einbezogen. So unwahrscheinlich auch die Wirkung der Bestrahlung gegen dieses Uebel vom doktrinären Standpunkt aus erscheint, so ist es dennoch begreiflich, daß die therapeutische Ohnmacht zu diesem bisher un-

versuchten Mittel greifen ließ. Neun Lepröse des Memeler Lepraheimes wurden bestrahlt. Lokale Wirkungen waren unverkennbar, ohne daß die Reaktion vorgeschrittener Krankheitsfälle eine nennenswerte gewesen wäre. Die von Lassar und Urbanowitz geleitete Behandlung scheint immerhin keine ganz trostlose zu sein, indem die Beobachter sich vornehmen, Initialfälle mit zerstreuten, isolierten Knoten, Knotenhaufen und die Infiltrationen auch weiterhin zu bestrahlen. — (Dermatol. Zeitschr., Okt. 1906.)

Was die Technik der Bestrahlung betrifft, so beginnt doch allmählich ein einheitlicher Plan durchzugreifen, was umso schätzenswerter erscheint, als hiedurch die ersten Möglichkeiten für die vergleichsweise Beurteilung der einzelnen Behandlungsserien gegeben sind.

Abweichend von der meist akzeptierten Anordnung leitet H. W. Stelwagon erst einen Zyklus von 7—8 Bestrahlungen ein, der zu Erythem- und Blasenbildung führt; nach Ablauf der Phänomene folgt ein neuer Zyklus. Die Expositionsdauer wird bei schweren Dermatosen auf 20 Minuten erhöht und die Kugel bis an die Haut gebracht. Epitheliome läßt Vf. erst operieren, dann folgt eine zehnmalige Bestrahlung. (Hiebei scheint der Operateur entschieden mehr zu leisten als der Radiolog. Ref.) Die Mahnung, Psoriasis nicht zu bestrahlen, wird so mancher zu spät vernommen haben. Von Ekzemen wählt Vf. nur die rebellischen, dicken, hartnäckigen Handläsionen zur Bestrahlung. Wenn Vf. zu dem Schlusse gelangt, daß die X-Strahlen nicht wahllos zu gebrauchen sind und andere ungefährliche Mittel nicht zu ersetzen vermögen, so zeugt dies nur für seine nüchterne und unbeeinflußte Beobachtungsgabe, die leider bei seinen engeren Landsleuten nicht allzu häufig anzutreffen ist. Im übrigen macht sich auch in Amerika immer mehr eine eindämmende Tendenz geltend, die energisch der diskreditierenden Anpreisung der Röntgen-Strahlen als Allheilmittel entgegentritt. So preist Ravogli ihre Anwendung nur bei jenen Dermatosen, wo sonst nichts zu tun ist. Fordyce bestrahlt Epitheliome nur nach vorherigem Kurrettement etc. — (The Journ. of Cut. Disease, Bd. 24, Nr. 3, 1906.)

Die Angioneurosenlehre und die hämatogene Hautentzündung. Von L. Török. Ref. Nobl, Wien.

Bekanntlich steht Török gleich seinem einstigen Mitarbeiter Philippson auf dem Standpunkte, daß ein großer Teil der Arzneiausschläge, septische Exantheme, viele Varietäten der Erytheme, Blasenausschläge, die Prurigo und insbesondere die Urtikaria durch Gefäßwandschädigungen bedingt erscheinen, welche dadurch zustande kommen, daß pathogene Faktoren durch Vermittlung des Blutstromes in die Hautgefäße gelangen. Die Annahme einer hämatogenen Hautentzündung wird nun neuerdings aufs energischste verteidigt. Es geschieht dies unter Vorführung der ausschließlich exsudativen Prozesse; für diese wird zunächst dargetan, daß ihre experimentelle Provokation am Tiere stets mißlingt. Bezüglich der klinischen Experimente, namentlich jener Kreibichs, hält Vf. an der abgenützten Behauptung fest, daß es artefiziell, d. h. von den mit empfindlichem Integument behafteten Individuen selbst beigebrachte Hautläsionen handle, ohne hiefür triftigere Beweise anführen zu können, als solche, die in dem Kodex der Ungläubigen von jeher vorgesehen sind. Für die rein entzündliche Provenienz gewisser Erytheme ist der Hinweis auf das pathologische anatomische Substrat, auf die Bakterienemboli (infektiöse Erytheme) in den Vordergrund gestellt. Desgleichen ist die hämatogene entzündliche Natur mancher toxischer Erytheme (Arzneiausschläge) zuzugestehen. Hingegen wird die Behauptung Töröks, daß die Urtikaria nichts anderes als eine schwächste, äußerst flüchtige Form der Entzündung darstellt, deren Pathogenese mit jener der Erytheme identisch ist, nach wie vor dem regsten Widerspruch zu begegnen haben. Der erhöhte Eiweißgehalt des urtikariellen Oedems (gegenüber den Transsudaten), die dürftigen histologischen Anhaltspunkte, gleichwie die Experimente von Philippson, Török und Hári reichen nicht aus, um die angioneurotische Abstammung der Ur-

tikaria zu widerlegen. Daß die Einbringung unzähliger Sorten von Säuren, Medikamenten, Bakterienprodukten und Stoffwechselderivaten in die Lederhaut, die Urtikaria zu erzeugen imstande ist, spricht noch lange nicht gegen die Mitwirkung der Vasomotoren. Auch zur Erklärung der Urticaria factitia und der psychischen Urtikaria vermag Török auch nicht einen Moment beizubringen, daß eine entzündliche Abstammung dieser Veränderungen belegen könnte. Die Blasenbildung nach Rudern und Märschen kann man doch nicht einer Quaddelbildung nach leichtem flüchtigen Bestreichen der Haut gleichstellen. Die psychische Urtikaria auf Störungen der Magen-Darmfunktion zurückzuführen, ist ebenso unzulässig, als die sorglose Identifizierung urtikarieller und erythematöser Hautveränderungen, je nach Bedarf der theoretischen Argumentation. — (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 51, 1906.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

1. **Die Aspirationsbehandlung der chronischen Gonorrhöe.** Von Dr. H. Strebel, München. (Dermatol. Zeitschr. H. 6, 1906.)
2. **Zur Aspirationstherapie gonorrhoischer Urethritiden.** Von Dr. Theodor Mayer. (Dermatol. Zeitschr. H. 8, 1906.) Ref. E. Spitzer, Wien.

Um den in den Drüsen und Krypten der Harnröhre sitzenden gonorrhöischen Prozeß mit Erfolg anzugehen, wurden verschiedene Instrumente konstruiert. Durch Expression sucht man das in den Drüsen sitzende Sekret zu entleeren und durch Irrigation zu entfernen.

Die von Bier mit großem Erfolge in den meisten Disziplinen angewandte Hyperämisierungs- und Saugbehandlung bestrebte man sich, auch auf urologischem Gebiete anzuwenden. Th. Mayer **(2)** versuchte bei akuter und subakuter Gonorrhöe zuerst mit Saugglocken, die der Penislänge angepaßt waren, die Stauung herbeizuführen. Trotz mehrere Wochen lang fortgesetzter täglicher 1—1½stündiger Saugsitzung trat eine günstige Beeinflussung des Krankheitsprozesses nicht ein. Es ist auch nicht einzusehen, wie diese Saugglocken eine günstige Wirkung auf den Prozeß der Harnröhrenschleimhaut ausüben sollen. Durch Ansaugung wird zwar eine Hyperämie und Oedematisierung der äußeren Haut und des vorderen Teiles der Glans erzeugt, es mögen auch einige Tropfen Eiter bei starker Sekretion angesogen werden, doch bleibt dies ohne Einfluß auf den Verlauf des akuten oder chronischen Trippers. Durch den negativen Luftdruck wird die Schleimhaut der Urethra fest aneinander gepreßt, wodurch die Saugwirkung in der Harnröhre selbst paralysiert wird.

Strebel **(1)** konstruierte einen Metalltubus mit zahlreichen Fenstern, nach Art eines vielfach gelochten Katheters, mit geschlossenem Ende. Nach Einführung des Instruments in die Urethra wird das Glied mit der Hand umfaßt, und so die Urethralschleimhaut eng an die Fenster des Rohres angedrückt. Bei Aspiration mittels einer Saugspritze wölbt sich die Schleimhaut in die Fenster hinein, und das in den Drüsen enthaltene Sekret wird mit Macht in das Rohr gesogen. Nach Abstellung des Vakuums kann das Sekret durch Spülung entfernt werden. Es kombiniert sich hier die Saugwirkung mit der Hyperämisierung, wie sie Prof. Bier für seine Stauungszwecke erzeugte. Bei stärkerer Aspiration findet ein direkter Durchtritt von Blut in die Infiltrationsmassen und sogar eine Zerreißung der Schleimhaut statt. Der auf solche Hyperämie mit Blutaustritt folgende Reaktionszustand der Gewebe dient zur Aufsaugung der Infiltration. Strebel will diese instrumentelle Methode als Ergänzung zu seiner Glimmerlichtbehandlung der Gonorrhöe betrachten, und zwar für jene Fälle, wo der die Infiltrate unterhaltende Keim durch seinen tiefen Sitz der Einwirkung des Lichtes entzogen ist. (Erzeugung des Instrumentes von Heynemann in Leipzig.)

Mayer **(2)** verwandte bei seinen Aspirationsversuchen 14½—17 cm lange Metallröhren, welche teils gerade Tuben, teils nach Dittel gekrümmte kurze Katheter sind. Sie haben an verschiedenen Stellen einen mehrere Zentimeter langen Ausschnitt, deren einer für den Colliculus

seminalis bestimmt ist. Zuerst kann die erkrankte Partie unter Beleuchtung endoskopisch eingestellt werden, dann wird mit Hilfe eines aufzusteckenden doppelläufigen Metallansatzes aspiriert und die hyperämische Schleimhaut mit einem Antiseptikum bespült. (Instrument erzeugt von Haertel, Berlin-Breslau.)

In den auf diese Weise aspiratorisch erhaltenen Fädchen und Bröckeln, die aus den Drüsen stammen, wurden von Mayer Gonokokken gefunden.

Auftreten einer Initialsklerose, 50 Tage nach dem letzten Geschlechtsverkehr. Von Prof. Großmann. Ref. E. Spitzer, Wien.

Ein 25jähriger Diener kommt zwei Tage nach seinem letzten Geschlechtsverkehr mit Typhus ins Spital und bleibt daselbst sechs Wochen bis zu seiner Genesung. Zwei Tage nach dem Spitalaustritte bemerkt er — ohne inzwischen einen neuen Geschlechtsverkehr gehabt zu haben — an der Glans penis ein kleines desquamierendes Knötchen. Es wäre dies zirka 50 Tage nach dem letzten sexuellen Rapport. Er tritt wieder in Spitalsbehandlung. Das Knötchen zerfällt zu einem Geschwür, welches indurierte Basis und Ränder annimmt. Kurze Zeit darauf entsteht universelle, indolente Drüsenschwellung. Im Geschwürssekret wurde Spirochaeta pallida nachgewiesen. Zur Vernarbung des jetzt sicher als Sklerose angesprochenen Geschwüres braucht es einen Zeitraum von zwei Monaten, nach welcher Zeit die Allgemeinsymptome: Anämie, nächtliche Kopfschmerzen und ein diffuses, konfluierendes Exanthem auftraten.

Wenn den Angaben des Patienten Glauben geschenkt werden kann, daß er nicht erst nach seinem ersten Spitalsaustritt sich infizierte, so würde es erst sechs Wochen nach dem letzten Koitus zum Entstehen des Primäraffektes gekommen sein. Die normale Durchschnittszeit für die Ausbildung der Hunterschen Induration schwankt zwischen 3—4 Wochen; größere Zeitunterschiede werden nicht beobachtet. Wohl entwickelt sich manchmal bei galoppierender, zuweilen maligen verlaufender Syphilis schon am 25. Tage nach der Infektion ein dichtgedrängtes, großpapulöses Exanthem, also vier Wochen vor dem gewöhnlichen Zeitpunkte. Das Späterauftreten oder Verschwinden eines luetischen Exanthems unter dem Einflusse akuter Infektionskrankheiten kommt bei Pneumonie, Typhus, Erysipel oder Variola vor, um nach dem Ablaufen der akuten Erkrankung oft wieder verstärkt zum Vorschein zu kommen.

So mag vielleicht auch in diesem seltenen Falle — vorausgesetzt die Glaubwürdigkeit des Patienten — das Auftreten der Initialsklerose durch den fieberhaften Prozeß bis zur Abheilung des Typhus hinausgeschoben worden sein. — (Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes Nr. 8, 1906.)

Ueber Blutungen aus den weiblichen Genitalien bei Syphilis. Von Albert Dreyer, Köln. Ref. E. Spitzer, Wien.

Blutungen aus dem weiblichen Genitale, die auf Syphilis zurückzuführen sind, wurden bisher nur einer geringen Würdigung unterzogen. Neumann erwähnt bereits in Nothnagels Pathologie das Auftreten von Menorrhagien bei sonst gut genährten Personen im Verlaufe der Syphilis. Er zitiert einen Fall Letzels, in dem alle angewandten Mittel erfolglos waren und die Uterusblutung erst auf antisyphilitische Behandlung zum Schwinden kam. Vf. zitiert aus der Presse des Auslandes 13 Fälle. Die Blutungen treten meist als verstärkte Menorrhagien auf, um später auch in kürzeren Intervallen sich während der Menses als Metrorrhagien einzustellen. In den meisten Fällen ist der Uterus als das einzig veränderte Organ um Geringes vergrößert. In drei Fällen sind die Ovarien vergrößert und werden als Ursache der Blutung angesehen. Ozenne beschreibt solche bei einer Operation entfernte Ovarien als schwere, harte, sklerotische Massen, ähnlich den syphilitischen Hoden, die auf dem Durchschnitt ein fibröses Aussehen zeigen. Die histologische Untersuchung rechtfertigte in einem Falle von Blutung aus dem Genitale eines neugeborenen Mädchens die syphilitische Annahme in dem Befunde einer Endarteriitis obliterans an den Blutgefäßen des Uterus. Dem äußeren Befunde nach läßt sich die

luetische Endometritis und Oophoritis mit Blutung nicht von einer durch andere Ursachen hervorgerufenen unterscheiden. Nur das Versagen der gewöhnlichen Therapie muß auf den Verdacht einer luetischen Erkrankung hinweisen, und die einzuschlagende spezifische Therapie (Quecksilber, kombiniert mit Jodkalium) rechtfertigt den syphilitischen Charakter der Blutung. In der Mehrzahl der Fälle konnte die Syphilis in der Vorgeschichte bei Mann oder Frau nachgewiesen werden, teils durch Zugeständnisse, teils aus der Angabe über überstandene Fehlgeburten und Geburten von mazerierten Früchten. Die Infektion datierte meist auf viele Jahre zurück. Ein Fall betraf ein 20jähriges, hereditär-syphilitisches Mädchen mit einem großen Gumma; ein anderer ein neugeborenes hereditär-syphilitisches Kind. Manifeste Symptome von Lues konnten in keinem Falle erhoben werden. Nur Vf. selbst fügt eine eigene Beobachtung hinzu, wo bei einer Patientin, die er mit nässenden Papeln am Genitale, großfleckiger Roseola am Stamme und exulzerierten Plaques an beiden Tonsillen in spezifischer Behandlung hatte, die seit einem Jahre bestehenden, heftigsten, jeder Therapie trotzenden Genitalblutungen unter dem Einflusse von Hg-Injektionen zessierten. Die Blutungen würden demnach alle, mit Ausnahme des letzten Falles, in die tertiäre Periode gehören. Es wäre dies wohl auch als Grund anzunehmen, warum der Venerologe, selbst bei einem großen Material von luetisch Infizierten, diese Genitalblutungen während des Proruptionsstadiums bisher nicht beobachten konnte. — (Dermat. Zeitschr., H. 8, 1906.)

Kinderheilkunde.

Nebennierenextrakt in der Behandlung der Harninkontinenz. Von G. Zanoni. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die bekannte neuro-myotonische Wirkung des Nebennierenextrakts veranlaßte Vf., seine Wirksamkeit in einigen Fällen von essentieller Harninkontinenz bei Kindern auszuproben. Er verfügt bis jetzt über sechs Fälle, von denen fünf völlig geheilt sind, das letzte Kind schon seit vier Monaten, während eines fast geheilt noch in Behandlung steht. In einem Falle genügten 10 Tage lang dreimal täglich 10 Tropfen (welchen Präparats?), in allen anderen aber waren 60—80 Tropfen pro Tag nötig, die dann in 10—14 Tagen die Heilung herbeiführten. — Diese Methode verdient entschiedene Beachtung und Nachprüfung. — (Gazz. degli osped., 28. Okt. 1906.)

Subkutane Injektionen von Meerwasser bei der Behandlung der Kinder. Von A. Jovane. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die von Quinton in Frankreich und Pagano in Italien mit der Anwendung subkutaner Injektionen von Meerwasser erzielten Erfolge veranlaßten Vf., in Fällen von Rhachitis, Skrofulose, Drüsenaffektionen etc. die Methode zu versuchen. Zur Anwendung gelangte reines Meerwasser, ohne daß dasselbe, wie Quinton will, bis zur Isotonie verdünnt worden wäre; Vf. scheute die dadurch nötigen zu großen Mengen Flüssigkeit. Das Wasser wurde weit von der Küste entfernt gesammelt und bei 97—98° C. 15 bis 20 Minuten sterilisiert. In einer ersten Serie von Versuchen wurde reines Meerwasser in Dosen von 1—15 cm^3 injiziert; in einer zweiten Serie wurden kleine Mengen Jod hinzugesetzt; in einer dritten Serie wurde reines Meerwasser in großen Dosen (10—60 cm^3 alle 4—7 Tage) gegeben. In fast allen 15 Fällen wurden sehr gute Erfolge erzielt: Vermehrung des Appetits, des Gewichts, der Erythrozyten und des Hb. Bei Rhachitis ließ sich außerdem feststellen, daß nach 1—2 Monaten die Kinder, die vorher nicht stehen konnten, von selber anfingen Schritte zu machen. — (La Pediatria, Nr. 1, 1906; Il Morgagni Riv., Nr. 17, 1906.)

Zur Lehre der Hämoptoe im Säuglingsalter. Von Joh. Karten, Rostock. Ref. Einstein, Stuttgart.

Vf. berichtet über einen Säugling, der mit sieben Monaten an Husten und Verdauungsstörungen ohne nachweisbare Or-

ganveränderungen erkrankte. Einige Wochen später trat eine eitrige Otitis media und etwas später eine Karies des Warzenfortsatzes ein. Damals ließ sich auch eine tuberkulöse Infiltration des rechten Oberlappens nachweisen (Tuberkelbazillen im Sputum). Unter rapidem Verfall erfolgte 10 Wochen nach Beginn der Krankheit plötzlich der Tod durch eine starke Hämoptoe, als deren Ursprung ein geborstenes Gefäß in dem tuberkulös-kavernösen Oberlappen durch die Sektion festgestellt wurde. Die Fälle von Blutsturz bei Säuglingen sind sehr selten. Der Tod erfolgt meistens direkt durch die Blutung. — (Beitr. z. Klin. der Tub., Bd. 5, H. 4.)

Ueber Formen und Ursachen des Infantilismus. Von G. Anton, Halle a. S. Ref. Einstein, Stuttgart.

Unter Infantilismus versteht man eine Entwicklungsstörung, die den Organismus auf kindlichem Typus zurückbleiben läßt und die Fortentwicklung des Individuums im Sinne seiner Gattung verhindert; dabei bleiben nicht nur die körperlichen, sondern vielfach auch die seelischen Eigenschaften auf kindlicher Stufe stehen.

Neben dem allgemeinen Infantilismus, der den ganzen Organismus betrifft, ist ein partieller, lokaler Infantilismus zu unterscheiden, der z. B. in Verkleinerung der Sexualorgane oder in einem Mangel des Gefäßsystems oder im Infantilbleiben der Stimme oder Fehlen des Bartes etc. besteht.

Der allgemeine Infantilismus hinwiederum muß in verschiedene Typen eingeteilt werden, die den verschiedenartigen organischen Ursachen entsprechen: es gibt einen Infantilismus infolge Ausfalles der Schilddrüsenfunktion, andere Formen als Folge der Kastration, der Krankheiten der Nebennieren oder der Thymus, wieder andere sind Folgen der Syphilis, des Alkoholismus der Eltern, der Verkümmerung in schlechten hygienischen Verhältnissen — kurz Folgen von Stoffwechselstörungen, besonders von Fehlern der Drüsen mit innerer Sekretion. Schließlich können auch Traumen und primäre Funktionsstörungen des Gehirnes als Ursachen in Betracht gezogen werden. — Die Auffassung des Infantilismus als Stoffwechselstörung öffnet der Organtherapie ein weites Feld. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 30, 1906.)

Ueber zwei Fälle von zerebraler Hemiplegie im Kindesalter. Von H. Wichern, Leipzig. Ref. Einstein, Stuttgart.

Die beiden Fälle betrafen Kinder von $2^1/_2$ bezw. 5 Jahren, von denen das eine eben eine schwere Diphtherie mit Nephritis und Herzschwäche durchgemacht hatte, während das andere sich im Prodromalstadium des Keuchhustens, noch ohne Hustenparoxysmen, befand. Beidemale trat die halbseitige Fazialis- und gleichseitige Extremitätenlähmung plötzlich ein, bei dem Diphtherie-Kind ohne Fieber, bei dem anderen unter stürmischen Erscheinungen (Temperatur bis 41·2°, Konvulsionen, Bewußtlosigkeit). Das letztere Kind genas mit einer zuletzt nur noch sehr geringen Schwäche der rechtsseitigen Extremitäten;*) das erste Kind starb bald. Bei der Sektion fand man eine frische Embolie der linken Arteria fossae Sylvii, die von einem infolge der Herzschwäche gebildeten marantischen Thrombus des linken Herzohrs ausgegangen war.

An der Hand dieser Fälle bespricht Vf. in allgemeiner Weise das Bild der halbseitigen zerebralen Kinderlähmung:

Die Symptome treten nicht immer so plötzlich auf; sie erfahren öfters eine allmähliche Steigerung. Manchmal gehen mehrmalige Konvulsionsattacken der Lähmung voraus. Die rechte Körperhälfte ist häufiger befallen als die linke, der Arm meist schwerer geschädigt als das Bein. Die schlaffe Lähmung geht bald in eine spastische über. Die Reflexe auf der gelähmten Seite sind gesteigert, manchmal auch diejenigen der anderen Seite. Es kann auch zu einer gleichzeitigen oder späteren Mitbeteiligung des anderen Beines an der Lähmung kommen. Bei rechtsseitiger Hemiplegie fehlt fast nie die Sprachlähmung. Sensibilitätsstörungen sind selten.

*) Eine Zeit lang waren in den gelähmten Extremitäten Spasmen zu bemerken.



Zum Bilde der „infantilen Zerebrallähmung" gehören neben den „erworbenen" auch die intrauterin und bei der Geburt entstandenen Hemiplegien. Sicher sind auch manche Fälle von Epilepsie, Chorea oder Atethose als Ueberbleibsel der „infantilen Zerebrallähmung" anzusehen, Fälle, in denen die Lähmungserscheinungen oft nur angedeutet oder überhaupt niemals vorhanden gewesen waren.

Beim pathologischen Befund sind Initialläsionen und Endveränderungen (Narben, Zysten, Atrophien, Porenkephalie etc.) zu unterscheiden. Die Ergebnisse sind nicht einheitlich. Embolien scheinen die erste Stelle einzunehmen, autochthone Thromben sind sehr selten. Manchmal führt die einseitige Anhäufung des Exsudats bei Meningitis zur zerebralen Hemiplegie. Häufig findet man Blutungen, deren Entstehung gewöhnlich nicht genügend aufgeklärt ist. Arrosionen der Gefäße sind selten, Drucksteigerungen bei Nephritis und Husten mögen eine Rolle spielen, meistens muß aber eine Schädigung der Gefäßwand durch toxisch-infektiöse Einflüsse (akute Infektionskrankheiten, Lues) angenommen werden. Eine akute Enkephalitis, wie sie von Strümpell in Analogie zur Poliomyelitis acuta als gewöhnliche Ursache der zerebralen Kinderlähmung aufgestellt ist, konnte bis jetzt in solchen Fällen niemals sicher nachgewiesen werden. Es ist aber doch wohl anzunehmen, daß auch sie eine ätiologische Rolle spielt. Nicht richtig freilich ist die Meinung Strümpells, daß die Enkephalitis sich nur auf die Hirnrinde beschränkt.

Die Wichtigkeit der Infektionskrankheiten für die Aetiologie geht daraus hervor, daß die Lähmung in einem Drittel der Fälle während oder kurz nach einer solchen Erkrankung auftritt. Dabei spielen wahrscheinlich nicht bloß die Infektionserreger, sondern auch ihre Toxine eine große Rolle. Hieher gehören vielleicht die auf Darmparasiten zurückgeführten Lähmungen. Auch Traumen können zu Hemiplegie führen. Erbliche Belastung bildet ein disponierendes Moment.

Zur Differentialdiagnose sind zu nennen: spinale, hysterische und echt diphtheritische Lähmungen, selten auch multiple Sklerose.

Die Prognose ist stets zweifelhaft. Todesfälle sind selten, sie werden fast nur bei sehr geschwächten Kindern beobachtet. Dagegen ist die Aussicht auf völlige Heilung gering: nur selten bilden sich die Erscheinungen vollständig zurück und das spätere Auftreten von Epilepsie, Chorea, Atethose und Idiotie kann nie ausgeschlossen werden.

Die Therapie ist symptomatisch. Gegen die Lähmung sind Massage, Elektrizität, Gymnastik und orthopädische Eingriffe zu empfehlen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 31, 1906.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Neuere Mittel und Anwendungsformen.

Chinosol.

Chinosol ist oxychinolinsulfosaures Kalium und bildet ein kristallinisches, leicht in Wasser lösliches Pulver, welches als solches oder in Tabletten à 1 g, in Röhren zu je 12 Stück verpackt, zum Preise von Mk. 1 im Handel ist. Chinosol ist ein unschädliches, nicht ätzendes Antiseptikum und Desinfiziens, welches noch in Verdünnungen von 1:20.000 stark entwicklungshemmend auf Bakterien wirkt. Es ist ein gutes Adstringens und prompt wirkendes Styptikum und hat sich auch als Darmdesinfiziens und Antipyretikum bewährt. Chinosol wird fast ausschließlich in wässeriger Lösung verwendet, und zwar im allgemeinen als Anti-

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

septikum 1:500 bis 1:1000; als Desinfiziens 1:100 bis 1:300. Je nach dem Zwecke können auch verdünntere und konzentriertere Lösungen angewendet werden. Außerdem wird Chinosol auch in Form von Salben und als Chinosolstreupulver verwendet, welche zum Preise von je 50 Pf. im Handel sind. Die Indikationen für Chinosol sind: frische sowie alte eiternde, schlecht heilende Wunden, Ulkus (ziemlich konzentriert, eventuell mit Borsäure zu verwenden), Halsaffektionen, Mundfäule etc., kontagiöse Schleimhautentzündungen und sekundäre Erscheinungen derselben, Uterus- und Scheidenspülungen, Hauterkrankungen (bei unverletzter Haut, eventuell konzentriert als Salbe, Streupulver, Umschläge), Verbrennungen, Augenentzündungen (1:10.000 bis 1:15.000), Nasenspülungen (ebenfalls sehr verdünnt), Hämorrhoidalbeschwerden (Salben, Anuseinspritzungen), Zahnschmerzen (in Substanz in den Zahn), Gonorrhöe (mäßig konzentriert, eventuell mit Tinct. opii oder Kokain, Abszesse, Furunkulosis, Karbunkeln (nasse Umschläge eventuell nach Prießnitz).

Irgendwelche Vergiftungserscheinungen sind bisher nicht beobachtet worden.

Innerlich ist Chinosol verwendet worden bei Influenza, Magen- und Darmaffektionen, Typhus, Tuberkulose, Phthisis, Cholera, Lepra u. s. w. in Gaben von 0·25 bis 0·50 g drei- bis viermal täglich und subkutan in Lösung 1:100.

Chinotropin.

Chinotropin ist eine leicht wasserlösliche Verbindung von Chinasäure und Urotropin, welche in schönen Kristallen kristallisiert und einen angenehmen, säuerlichen Geschmack besitzt. Wie sich aus den Untersuchungen von Nicolaier und Hagenberg ergibt, spaltet das Chinotropin im Harn noch etwas stärker Formaldehyd ab als Urotropin. Die Verbindung kann deshalb auch in allen denjenigen Fällen Verwendung finden, in denen das Urotropin gebraucht wird. Wegen des Gehaltes an Chinasäure, welcher man vielfach einen günstigen Einfluß auf Harnsäureablagerungen zuschreibt, erscheint das Chinotropin besonderes indiziert für die Behandlung der harnsauren Diathese, insbesondere der Gicht. Das Chinotropin wird gewöhnlich in Dosen von $2^1/_2$—3 g pro Tag verordnet, die man auf 2—3 Einzelgaben verteilt. Jede Einzeldose löst man in $^1/_2$ l gewöhnlichem oder kohlensaurem Wasser. Bei größeren Dosen wird die Wassermenge etwas erhöht. Durch Zusatz von Zucker kann man eine angenehm schmeckende Limonade erzielen.

Nach der deutschen Arzneitaxe 1906 kostet 1 g Chinotropin 40 Pfennige, nach der österreichischen Taxe 50 Heller.

Euphthalmin.

Euphthalmin ist das salzsaure Salz eines Mandelsäurederivats eines methylierten labilen Vinyldiacetonalkamins, während das Beta-Eukain das stabile Vinyldiacetonalkamin zur Grundlage hat und dessen Benzoylderivat darstellt. Das Euphthalminum hydrochloricum stellt ein weißes, kristallinisches Pulver dar, das sich in Wasser sehr leicht löst. Ebenso wie die Eukainlösungen können auch die Euphthalminlösungen durch Kochen leicht sterilisiert werden. Die Lösungen halten sich dann lange Zeit unzersetzt. Das Euphthalmin hat sich als ein kräftiges und zuverlässiges Mydriatikum erwiesen, das sich von dem Homatropin dadurch unterscheidet, daß die Mydriasis in wesentlich kürzerer Zeit verschwindet, nämlich nach 4—6 Stunden. Das Euphthalmin besitzt keinerlei unangenehme Nebenwirkungen. Weder an der Konjunktiva noch an der Kornea stellen sich nach Gebrauch des Euphthalmins Reizerscheinungen ein. Trübungen oder Austrocknungen der Kornea, wie sie bei Kokaininstillationen vorkommen, werden nicht beobachtet. Auch der intraokuläre Druck wird nicht beeinflußt, so daß auch kein Bedenken gegen die Anwendung des Euphthalmins besteht, wenn Verdacht auf Glaukom vorliegt. Akkomodationsstörungen, wenn sie überhaupt auf-

treten, sind leicht. Bei internen Gaben wirkt das Euphthalmin ähnlich wie Atropin, ist jedoch weit weniger toxisch. Nach Untersuchungen im pharmakologischen Institut der Universität Berlin beträgt die tödliche Dosis für mittelgroße Frösche 0·2 g, für Kaninchen bei subkutaner Injektion zwischen 1 und 1·5 g, bei intravenöser Injektion zwischen 0·06 und 0·07 g pro Kilo Tier.

Das Euphthalmin findet meist in 5%iger Lösung Anwendung. Bei älteren Leuten, bei denen die Mydriasis später einzutreten pflegt und nie so maximal wird, greift man besser zu einer 10%igen Lösung. Für ophthalmoskopische Untersuchungen und für Refraktionsbestimmungen hat sich das Euphthalmin allen anderen Mitteln überlegen gezeigt.

Das Euphthalmin ist wesentlich billiger als Homatropin. Nach der deutschen Arzneitaxe 1906 kostet 0·1 g Euphthalmin. hydrochloric. 50 Pfennig (während 0·1 g Homatropin. sulphuric. 2·30 Mark kostet), nach der österreichischen Taxe 80 Heller.

Sapalcol.

Ueber einen festen Seifenspiritus zu medizinischen Zwecken, das Sapalcol, berichtet A. Blaschko (Berlin). Das Sapalcol stellt ein Mittelding zwischen Tinktur und Seife dar (Vereinigung von Seifenbrei und Alkohol), es ist gewissermaßen eine feste Tinktur. Das Präparat läßt sich leicht einreiben, der Alkohol verdunstet wie bei jeder Tinktur sehr schnell und es bleibt das Medikament mit der Seife in den obersten Epidermisschichten zurück. Vf. hat mit einer Reihe alkohollöslicher Medikamente Versuche angestellt; vorzüglich eignet sich darnach das Sapalcol für Teerseifen, insbesondere zur Behandlung des behaarten Kopfes. Der Seifenbrei kann sehr leicht mit dem Finger in die Kopfhaut eingerieben werden, trocknet in allerkürzester Zeit und kann nun beliebig (½ Stunde, 12—24 Stunden) auf der Kopfhaut belassen werden. Es wird je nachdem kurz darauf oder am folgenden Tage ausgewaschen. Besonders empfehlenswert für den behaarten Kopf (Pityriasis, Seborrhöe, Psoriasis, Ekzeme) sind die farblosen Teerseifen (Sapalcol c. Liq. carbon. deterg. 10%, c. Anthrasol 10%). Auch für die Behandlung chronischer infiltrierter Ekzeme, des Lichen simplex u. s. w. ist die Applikationsform eine außerordentlich bequeme und wirksame. Reizungen entstehen durch die äußerst milde Natronseife nicht, die an die anderen Formen flüssiger oder fester Teerseife gewöhnten Patienten sind mit der neuen Modifikation zufrieden gewesen. Bis jetzt werden Sapalcole mit Teer, Resorzin, Pyrogallol, Ichthyol und Tumenol hergestellt. Vf. rät auf Grund seiner günstigen Erfahrungen zu weiteren Versuchen mit Sapalcol. Der Fabrikant ist Artur Wolff jun., Breslau X. — (Med. Klinik Nr. 50, 1906.)

Piperazin.

Piperazin ist Diäthylendiamin und bildet farblose hygroskopische Kristalle, die sich in Wasser sehr leicht mit stark alkalischer Reaktion lösen. Die Lösung wirkt nicht ätzend. Das Piperazin passiert den Organismus unzersetzt. Ein großer Teil geht schon nach wenigen Stunden in den Harn über, in dem es aber auch noch nach 1½ Tagen nachweisbar ist. Der Harn wird auch nach längerer Medikation niemals alkalisch, so daß der Phosphatablagerung kein Vorschub geleistet wird. Es hat sich als ungiftig und reizlos erwiesen und zeichnet sich durch sein Harnsäurelösungsvermögen aus, wirkt schmerzstillend und diuretisch. Piperazin hat sich bei harnsaurer Diathese und deren Folgeerscheinungen, wie Gicht, Nierenkolik, Nephrolithiasis, Harngries, Harnsteinen etc. bewährt. Es wird stets in Lösung gegeben, und zwar in Selterwasser oder in anderem Mineralwasser. Die gewöhnliche Tagesdosis beträgt 1 g. Durch die Piperazintabletten wird die Dosierung sehr vereinfacht. Man löst 1 Tablette in ½ l kohlensaurem Wasser und verbraucht die Lösung tagsüber. Diese Kur wird mindestens drei Wochen lang fortgesetzt.

In Verbindung mit Phenokoll,

welches als Antineuralgikum geschätzt wird, gibt es ein gutes Gichtwasser. Man löst je 1 g Piperazin und 1 g Phenokoll in 1/2 l kohlensaurem Wasser und läßt die Lösung tagsüber verbrauchen.

Nach der deutschen Arzneitaxe 1906 stellt sich der Preis von 1 g Piperazin auf 65 Pfennig, derjenige von 10 g auf 5·35 Mark.

Argentol.

Argentol (Argentum chinaseptolicum) ist eine Verbindung von Silber mit dem organischen Antiseptikum „Chinosol", deren Wirkung sich einerseits durch Freiwerden des stark antiseptischen Chinaseptols (O-Oxychinolinsulfonsäure), anderseits durch Freiwerden von Silber, welches spezifische Heilwirkung besitzt, äußert. Argentol ist ein reizloses, unschädliches, schwer lösliches Pulver, welches leicht verteilt und verstäubt werden kann. 1 g kostet 25 Pfennige.

Das Präparat findet Verwendung: als Pulver auf Wunden, Granulationen, luetischen und anderen Geschwüren, bei Hautkrankheiten, Ulcus molle etc., auch als Salbe mit Vaseline, Lanolin etc. 1·0 : 50·0 bis 100·0. Ferner in Mucilago-Emulsionen verrieben als Einspritzung bei Gonorrhöe 1 : 300·0—1000·0.

Bärentraubenblätter und ihre Präparate.

Georg Haedicke zeigt in einer interessanten Dissertation über die Bärentraubenblätter und ihre Präparate, insbesondere über Uropural (Greifswald 1906), daß die Kenntnis der Uva ursi sich bis ins klassische Altertum zurückverfolgen läßt. Wissenschaftlich-therapeutische Verwendung fanden sie in der Mitte des XVIII. Jahrhunderts durch den Wiener Arzt de Haen. In allen aus den Bärentraubenblättern hergestellten Präparaten, vom einfachen Teeaufguß bis zu den kombinierten Uropuraltabletten hinauf, wurde neben der Wirkung des Arbutins zugleich diejenige des Tannins ausgenützt und der therapeutische Wert der natürlichen Vereinigung des Tannins mit dem Arbutin durch zahlreiche praktische Erfahrungen bestätigt. Das Uropural ist vor allem indiziert bei katarrhalischen Prozessen der harnleitenden Organe, besonders denjenigen der Harnblase (auf gonorrhoischer oder konstitutioneller Basis). Weiter kommen in Betracht die katarrhalischen Erkrankungen des uropoetischen Apparats, die durch mechanische Hindernisse, wie Strikturen, Prostatahypertrophie oder sonstige Tumoren hervorgerufen werden. Eine weitere Indikation bilden jene Zystitiden bakteriellen Ursprunges, wie sie durch Strepto- oder Staphylokokken, Bacterium coli oder Mischinfektion verursacht werden. Indiziert sind endlich die Uropuroltabletten in den Fällen, wo die alleinige Verordnung von Urotropin oder Salol unangenehme Nebenwirkungen hervorruft, wie sie Vf. bei gleichzeitiger Kombination dieser Medikamente mit dem Trockenextrakt der Bärentraubenblätter nicht beobachten konnte. Vf. hebt hervor, daß in allen Fällen, in denen eine örtliche Therapie möglich ist, eine solche stets unternommen werden solle und die interne Uropuralmedikation in diesen Fällen nur als wertvolle Unterstützung der Lokalbehandlung empfohlen werden muß. Nur wo lokale Therapie nicht möglich sei, komme das Uropural für sich allein in Betracht. Auch als Prophylaktikum zur Verhütung von Zystitis hat Haedicke das Mittel in Uebereinstimmung mit den Angaben anderer Autoren bewährt gefunden. Kontraindiziert ist es bei vorgeschrittener Lungenphthise, bei Idiosynkrasie gegen Gerbsäure und Folia uvae ursi. Große Vorsicht ist bei Graviden geboten. Uropuraltabletten Nr. 1 enthalten 0·25 g Extractum uvae ursi siccum; Nr. 2 Salol, Extractum uvae ursi siccum āā 0·25; Nr. 3 Hexamethylentetramin, Extractum uvae ursi siccum āā 0·25, Nr. 4 Acidum acethylosalicylicum, Extractum uvae ursi siccum āā 0·25. — Man läßt von den Tabletten dreimal täglich 1—2 Stück nach dem Essen nehmen.

b) Pharmakologische Präparate.

Neuere Mittel.

A p n o l. Zusammensetzung: Eine Lösung, welche Periplocin, Jodnatrium, Menthol, Pyridin, Glyzerin etc. enthält. Anwendung: Zum Inhalieren bei Asthma, mittels eines besonders konstruierten Zerstäubers. — (Riedels Ber.)

B r o m a l i n ist Hexamethylentetraminbromäthylat $(CH_2)_6 N_4C_2H_5 Br$., bildet farblose, wasserlösliche Kristalle. Ersatz für Bromalkalien bei Neurasthenie und Epilepsie. Dosis 2—4 g mehrmals täglich. 10 g kosten 50 Pfennig.

B r o n c h i t i n heißt ein mit Thiokol versetzter, gezuckerter Thymianextrakt, der teelöffelweise gegen Husten, Bronchialkatarrh etc. Anwendung findet.

C a l m y r e n der Austria-Apotheke in Wien besteht aus: Extractum Valerianae, Chininum ferrocitricum, Camphor. pulvis āā 5 g, Pepsini germanici 10 g, Extractum Condurango 5 g auf 100 Pillen, welche mit Zucker und Kollodium überzogen sind. Anwendung: Neurasthenia cerebrospinalis und sexualis, Herzklopfen, Herzbeklemmung, nervöses Asthma und Hysterie. Dosis: 3mal täglich je 2 Pillen nach der Mahlzeit mit Wasser. Die Pillen müssen wenigstens 8 Wochen genommen werden, wenn Erfolg erzielt werden soll. — (Pharm. Post Nr. 48, 1906.)

C a r d i a c u s B o n a v e r a. Präparat aus italienischem Cardiacus. Findet Anwendung bei Arteriosklerose, Herz-, Lungen- und Nierenleiden.

C l a v i n. Zusammensetzung: Ein aus dem Mutterkorn isolierter Stoff von der Formel $C_{11}H_{22}N_2O_4$. Eigenschaften: Mikrokristallinisches, wasserlösliches Pulver, unlöslich in Alkohol, Aether, Essigäther und Petroläther, in wässeriger Lösung leicht zersetzlich. Anwendung: Als Wehen hervorrufendes Mittel, welches weder Gangrän noch Krämpfe erzeugt. — (Riedels Ber.)

E l i x i r d e V i r g i n i e ist ein Präparat aus Hamamelis Virginica und Capsicum Brasiliense. Findet Anwendung gegen Hämorrhoiden, Varicocele, Phlebitis etc.

E o l s a u r e S a l z e sind Salze der Sulfosäuren aliphatischer Kreosotester. Im Handel sind das Kalzsalz, das Silbersalz und das Chininsalz. Ersteres wird als Antiseptikum und bei Diabetes, Phthisis, Nephritis u. s. w., das zweite gegen Gonorrhöe und letzteres bei Malaria, Influenza u. s. w. angewandt. — (Ber. von Brückner & Lampe.)

F o r g e n i n ist ein ameisensaures Tetramethylammonium. Es wurde von V a n z e t t i dargestellt durch Einwirkung von Tetramethylammoniumjodid in wenig verdünnter Lösung auf frisch gefälltes Silberformiat. In größeren Gaben wirkt es wie Kurare, in kleineren belebend und die Eßlust anregend. — (Pharm. Post Nr. 46, 1906.)

G u a j a k o l s a l o l. Zusammensetzung: Guajakolsalizylat. Eigenschaften: In Wasser unlösliche Kristalle. Anwendung: In Dosen von 1·0 mehrmals täglich bei Phthisis wie als Darmantiseptikum. — (Riedels Ber.)

H ä m o s t a n besteht aus: Extract. Hydrastidis canad. fluid. Extr. Gossypii spissi, Extract. Hamamelidis sicci āā 3 g, Chinini muriatici 0·10, Pulv. rad. Hydrast. 9 g. Die Pillen sind mit Zucker überzogen. Anwendung: Hämostatikum bei Endometritis, Dysmenorrhöe, profusen Menstruationen u. dgl. Fabrikant: Austria-Apotheke in Wien. — (Pharm. Post Nr. 49, 1906.)

I n d o f o r m ist Salizylsäuremethylenazetat. Farbloses Pulver, welches im Darmkanal Formaldehyd abspaltet und in Form von Tabletten à 0·5 g gegen Rheumatismus, Ischias, Gicht, Neuralgie, Influenza, sowie als zahnärztliches Präparat, auch als Sedativum and gegen Diabetes empfohlen wird.

K a w a k a w i n t a b l e t t e n, welche Kawaextrakt und Hexamethylentetramin enthalten, finden Anwendung bei Zystitis.

L a n d s b e r g e r s G i c h t w a s s e r enthält pro dosi (1 Wasserglas voll) 2 g Citarin in kohlensaurem Wasser gelöst.

L y c e t o l u m ist das weinsaure Salz des Dimethylpiperazins. Ersatzmittel des Piperazins gegen Gicht. 10 g kosten 3·50 Mk. = K 4.

N a t r i u m t e l l u r i c. Wird in Dosen von 0·01—0·02—0·05 g, gelöst in alkoholischen Getränken, mittags und

abends gegen Nachtschweiß der Phthisiker empfohlen. 1 g kostet 1·70 Mk. = K 2.

Nutrolactis wird ein amerikanisches Fluidextrakt von Galega officinalis genannt, welches zur Beförderung der Milchsekretion eßlöffelweise mehrmals täglich genommen werden soll. Ein trockenes Extr. Galegae offic., welches demselben Zwecke dient, bringt seit längerer Zeit schon E. Merck in Darmstadt in den Handel. — (Ber. v. Brückner & Lampe.)

Oxysparteïn. hydrochloric. soll sich besser als Sparteïn zur Vermeidung von Herzstörungen während der Chloroformnarkose eignen.

Periplocin ist ein gelbes, wasserlösliches, pulverförmiges, aus der Rinde von Periploca graeca dargestelltes Glykosid. Findet Anwendung als Herztonikum subkutan in physiologischer Kochsalzlösung. Größte Tagesgabe 0·001 g.

Propionylsalizylsäure wird erhalten durch Einwirkung von Propionsäureanhydrit auf Salizylsäure, bildet weiße, glänzende Blättchen, schwer löslich in Wasser, leichter in Alkohol, Benzol, Aether und Chloroform. Gegen Gicht und Rheumatismus.

Stomosan ist Methylaminphosphat, welches bei Gallensteinerkrankungen Anwendung finden soll.

Strontium salicylicum bildet weiße, schwer lösliche Nadeln und wird in Dosen von 0·6—1·0 g als Darmantiseptikum, 0·6—2·5 g gegen Gicht und Rheumatismus angewendet. 100 g kosten 1 Mk.

Thephorin ist Theobrominnatrium-Natriumformiat und wird von der chemischen Fabrik Hoffmann, La Roche & Cie., Basel, in den Handel gebracht. Der wesentliche Faktor dieses Diuretikums ist das Theobromin, dessen diuretische Wirkung durch das Natriumformiat unterstützt wird. Von allen Theobromin enthaltenden diuretischen Mitteln enthält Thephorin am meisten (62·48%) Theobromin. Agurin enthält 58·1%, Urocitral 52·22%, Diuretin 49·72% und Barutin 25·5% Theobromin. Erwachsenen gibt man dreimal täglich 1 g. Es muß vorsichtig vor Luft und Licht geschützt aufbewahrt werden. Es ist in Wasser leicht löslich, doch trüben sich seine Lösungen unter dem Einfluß der Kohlensäure der Luft rasch. — (Pharm. Post Nr. 50, 1906.)

Thermiol. 25%ige Lösung von phenylpropiolsaurem Natron, zu Einatmungen bei Kehlkopf- und Lungenleiden.

Thermodin „Merck" (Acetylparaäthoxyphenylurethan) hat sich bei Behandlung von Malaria und anderen fieberhaften Krankheiten, sowie bei Tuberkulose, Pneumonie u. s. w. sehr gut bewährt. Es zeigt keine unangenehmen Nebenwirkungen. — (Ber. v. Brückner & Lampe.)

Tinctura Oleae europaeae. Aus den trockenen Blättern des Olivenbaumes mit 60%igem Weingeist hergestellt, wird von Savoyer (Pharm. Journ. Nr. 1893, 1906) als allgemeines Tonikum sowie als Febrifugum empfohlen. Dosis: 15—30 Tropfen. Ein Fluidextrakt aus frischen Blättern, von welchem 5 Tropfen pro Dosis gegeben werden, hat sich ebenso wirksam gezeigt. — (Pharm. Post Nr. 49, 1906.)

Triphenamin. Gemisch aus 2·6 g reinem Phenokoll, 1 g salizylsaurem Phenokoll und 4 g essigsaurem Phenokoll. Antirheumatikum.

Urogosan. Zusammensetzung: Hexamethylentetramin-Gonosan. Eigenschaften: Gelatinekapseln, deren jede 0·3 g Gonosan und 0·15 g Hexamethylentetramin enthält. Anwendung: Als Blasenantiseptikum bei bakteriellen Erkrankungen der Harnwege, speziell bei Urethritis posterior und Zystitis. Stark sedative und bakterizide Wirkung. Die Dosis beträgt 3—5mal täglich 2 Kapseln nach dem Essen. — (Riedels Ber.)

c) Sero- und organotherapeutische etc. Präparate.

Dolorantabletten (Chem. Ind. in St. Margarethen). Nach Angabe der Fabrik besteht jede Tablette aus 0·0001 g Adrenalin, 0·01 g Kokain und 0·00199 g Natriumchlorid. Anwendung: In wässeriger Lösung als Anästhetikum bei Zahnextraktionen.

Heparon. Zusammensetzung: Ein aus der Leber des Rindes durch Behand-

lung mit Pankreas gewonnenes und mit Tannin gehärtetes Präparat. Anwendung: Zur Hebung der Fähigkeit des Körpers, Traubenzucker zu verbrennen. (Ein sogenanntes Tanno-Organpräparat.) — (Riedels Ber.)

Linadin ist ein aus der Rindermilz dargestelltes, Jod und Eisen enthaltendes Präparat von lebertranartigem Geschmack. Es stellt ein feines, dunkles, beinahe geruchloses und sehr beständiges Pulver dar.

Liquor Cerebri sterilisatus (Cerebrenin) ist ein aus dem frischen Gehirn von Kälbern hergestelltes Fluidextrakt, das gegen Neurasthenie, Chorea und bei Geisteskrankheiten Anwendung findet.

Musculon. Zusammensetzung: Aus Rindermuskeln mit Pankreas hergestelltes, mit Tannin gehärtetes Präparat. Anwendung: wie Heparon (siehe oben).

Oculin nennt Lagrange ein organotherapeutisches Präparat, welches als Glyzerinextrakt des Corpus ciliare und des Glaskörpers der Augen des Ochsen bezeichnet wird. Das Oculin soll sowohl subkutan, als auch per os Anwendung finden und dürfte im wesentlichen dem Merckschen Extr. corporis ciliaris gleich sein. — (Ber. v. Brückner & Lampe.)

Ovarinum Poehl ist ein aus Ovarien hergestelltes Präparat 1 Teil gleich 5 Teilen frischer Ovarien, das Anwendung findet bei Störungen der Menstruation, bei Hysterie und Chlorose, in Tabletten à 0·2—0·3 wie in 2%iger sterilisierter Lösung zur subkutanen Injektion.

Ovaron wird ein durch Einwirkung von Pankreas aus Ovarien hergestelltes, mit Tannin gehärtetes Präparat genannt.

Peptomedullin, Peptothyroidin und Peptovarin sind die durch Peptonisierung gewonnenen wirksamen Substanzen aus dem Knochenmark, der Schilddrüse und dem Ovarium u. s. w.

Proteïnum pyocyaneum Honl ist ein Extrakt aus Kulturen des Bacillus pyocyaneus; wird nach der Buchnerschen Methode mittels Kalilauge von E. Merck dargestellt. Aeußerlich bei Ulcus cruris. Etwas Gaze wird damit getränkt und auf das Geschwür gelegt; darüber einfacher Verband.

Rachitol ist ein Nebennierenpräparat, welches in Tablettenform mit einem Gehalte von 0·005 g pro Tablette angewandt wird.

Thyron ist ein durch Einwirkung von Pankreas auf Schweineschilddrüsen hergestelltes, mit Tannin gehärtetes Präparat.

Tyreoidectin. Zusammensetzung: Ein rotbraunes, pulverförmiges Präparat in Gelatinekapseln à 0·25 g aus dem Blute thyreoektomierter Tiere. Man gibt dreimal täglich 1—2 Kapseln gegen Kropf.

Trichophytin, ein zur Behandlung der Trichophytie, des Herpes tonsurans und ähnlicher Haarkrankheiten empfohlenes Präparat, besteht aus einem sterilen, mit 0·25% Karbolsäure versetzten Filtrat von Trichophytonkulturen, die vorher von allen fungösen Elementen befreit wurden. — (Ber. v. Brückner und Lampe.)

d) Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel.

Arteriose ist ein alkoholfreier Eisen-Mangan-Albuminatliquor mit 4% Eisen und 1% Mangan, der auch mit Jod und Brom geliefert wird. Fabrikant: Sicco, G. m. b. H., Berlin.

Blutan, der Chemischen Fabrik Helfenberg, erweist sich nach Gerber (Med. Blätter Nr. 31, 1906) in allen Fällen, in denen eine Vermehrung der Erythrozyten am Platze ist, von prompter Wirkung, welch letztere nach Wochen, bisweilen erst nach Monaten eintritt. Das Präparat schwärzt nicht die Zähne und hat eine leicht abführende Wirkung. Nach Weißmann beeinflußt Blutan sehr günstig den Appetit und die Darmtätigkeit. Durch das Fehlen des Alkohols kann Blutan auch Kindern unter einem Jahre gegeben werden. — (Pharm. Post Nr. 48, 1906.)

Eulactol, wohlschmeckendes, aus Vollmilch und Pflanzeneiweiß bereitetes Pulver.

Fermanglobin ist eine neutrale Vereinigung von Hämoglobin, Eisen und Mangan, in der die Albuminate verdaut sind. Dasselbe wird auch versetzt mit Brechnuß oder Natriumkakodylat hergestellt.

Fermangol, ein Eisenmanganpräparat, enthält 0·5% Eisen, 0·1% Mangan, daneben Glyzerinphosphorsäure, Zucker, Aromatika etc.

Fulgural besteht angeblich aus je 10 g Cortex Frangulae, Folia Sennae, Radix Ononidis, Lignum Sassafras, Lignum Guajaci, Herba Centaurii und Folia Menthae piperitae, 20 g Radix Sarsaparillae, 100 g Magnesium sulfuricum, je 5 g Extractum Trifolii, Extr. Primulae veris, Extr. Juniperi und Extr. Liquiritae, 50 g Saccharum, 100 g Spiritus und Vinum bis zu 1000 g; findet Anwendung als Magen- und mildes Abführmittel.

Histosan ist Triguajakolalbuminat, das in Form eines Pulvers oder in 5%iger Lösung, als Sirup in den Handel kommt. Das Pulver ist hellbraun, von deutlichem Geruch und Geschmack nach Guajakol, unlöslich in Wasser und Säuren, leicht löslich in verdünnten Alkalien. Der Sirup stellt eine klare, gelbliche Flüssigkeit dar, die aromatisch riecht, mit Wasser nicht, dagegen leicht mit Alkohol oder weingeistigen Flüssigkeiten mischbar ist. — (Pharm. Post, Nr. 43, 1906.)

Ossin-Guajakolkarbonat und Ossin-Kreosotkarbonat sind 10% der entsprechenden Karbonate enthaltende Ossinpräparate. Ossin besteht aus Hühnereiern, Lebertran und Zucker. Darsteller: J. F. Strohschein, Chemische Fabrik in Berlin. — (Pharm. Post, Nr. 43, 1906.)

Phorxal, ein aus Blut dargestelltes Nährpräparat; stellt ein mehlfeines, geruch- und geschmackloses Pulver dar, löst sich in wässerigen Flüssigkeiten, besonders in der Wärme, und enthält Phosphor 0·25 = Phosphorsäure 0·57%, Eisenoxyd 0·63%, Eiweiß 87·5%, Mineralstoffe 3·09%. Eisen und Eiweiß entstammen dem Hämoglobin, der Phosphor dem Lezithin und Nukleoproteïn. Wird in Dosen von 20—30 g täglich gegeben.

Phosphatine Dr. Roth, ein Kindernährmittel, welches auch erwachsenen Magenleidenden, Blutarmen und Rekonvaleszenten gute Dienste leisten soll, enthält 15·72% Stickstoffsubstanzen, 9·78% Fett, 14·29% Stärke, 3·63% Mineralstoffe (mit 1·90% Phosphorsäure und 0·81% Kalk), 49·50% Zucker, 0·27% Wasser und 0·8% Zellulose. Man setzt das Präparat kaffeelöffelweise der kalten Milch zu und kocht dieselbe dann 5 Minuten lang. — (Ber. v. Brückner und Lampe.)

Proferrin ist ein Eisennukleoproteïd. Es stellt ein rötlich-braunes Pulver dar, das in Wasser und sauren Lösungen unlöslich ist und 10% Eisen neben 1% organisch gebundenem Phosphor enthält. Gabe: 0·3 g dreimal täglich.

Robol ist ein Verdauungsmittel, enthält 0·2% proteolytische, 0·1% amylolytische Verdauungsfermente in aktiver Form, 1·8% Mineralsalze inklusive 1% löslichen phosphorsauren Kalk, zirka 65% löslichen stickstoffreien Extraktstoff, 1% Stickstoffsubstanz, geringe Mengen organischer Säuren und gebundene Salzsäure. Soll auch Lezithin, Spuren Fett und Wasser enthalten. — (Ber. v. Brückner und Lampe.)

Siccose. Zusammensetzung: „Succus carnis verus siccus“, zehnfach konzentrierter, kalt gepreßter Saft aus frischem Ochsenfleisch, ohne Zusatz irgend welcher Art, 73% Fleischeiweiß, 20% Fleischbasen enthaltend. Eigenschaften: Geschmack- und geruchloses, wasserlösliches Pulver. Anwendung: Als Roborans. — (Riedels Ber.)

Suppositorien mit einem Zusatz von wässerigen Flüssigkeiten bis zu 30% hat S. Taylor möglich gemacht, indem er der Kakaoölgrundlage für Suppositorien 1—2% Natriumstearat zusetzte. — (Pharm. Post, Nr. 43, 1906.)

e) Mittel für äußerlichen Gebrauch.

Anthrasolin besteht aus 20% Anthrasol, 35% Glyzerinsalbe und 45% überfetteter Seife.

Autanpulver besteht aus einem Gemisch von Formaldehyd und Metallperoxyden. Uebergießen dieses Pulvers mit einer bestimmten Menge Wasser veranlaßt eine, je nach der größeren oder geringeren Menge des zugesetzten Wassers, geringere oder heftigere Gasentwicklung. Anwendung: zur Wohnungsdesinfektion. — (Pharm. Post, Nr. 43, 1906.)

Dermosapol-Präparate sollen zur äußerlichen Anwendung solcher Arzneimittel herangezogen werden, die bisher meist nur per os dargereicht wurden. Das Dermosapol wird als leicht resorbierbarer Lebertranseifenbalsam bezeichnet und bildet eine ölig-fettige desodorierte Mischung von emulgiertem Lebertran, Wollfett, Perubalsam und Alkalien. — (Ber. von Brücker, Lampe.)

Desichthol ist ein geruchfreies, aus dem Ichthyol durch Entfernung des ätherischen Oeles dargestelltes Ichthyol.

Eusulfin-Seife gibt beim Gebrauch wirksamen Schwefelwasserstoff ab. Anwendung: bei schuppenden Hautleiden, Akne und Pigmentanomalien.

Ichtharsol enthält nach Fritz Arsen und Ichthyolammonium und wird gegen verschiedene Hautleiden angewendet.

Jodbenzin. Heusner empfiehlt Jodbenzin 1:1000 zur Desinfektion der Hände und der Haut. Die Hände werden ohne vorherige Wasserbenetzung 5 Minuten lang mit Jodbenzin gebürstet, die Haut der Kranken mit Gazetupfern mit der gleichen Lösung behandelt.

Lanogen wird aus Wollfett gewonnen und ist eine Mischung von Vaselin oder Paraffinsalbe mit dem „wasserbindenden" Bestandteil des Wollfettes. Es bildet eine weiße, geschmeidige und geruchlose Salbengrundlage, die sich leicht in die Haut einreiben läßt und über 30% seines Eigengewichtes an Wasser zu binden und in Bindung zu halten vermag. Wegen seiner chemischen Indifferenz eignet es sich als Salbengrundlage für leicht reagierende und zersetzliche Körper, wie z. B. Silbernitrat, Kaliumjodid u. a. — (Pharm. Post, Nr. 44, 1906.)

Metaplasma ist ein Verbandstoff, welcher aus einer inneren, mit Arzneikörpern imprägnierten Lage entfetteter und einer äußeren, mit der inneren Schicht fest verbundenen Lage nicht imprägnierter, unentfetteter, undurchlässiger Watte besteht. Zum Gebrauche wird die innere (gefärbte) Schicht mit Wasser oder, wenn schnellere und stärkere Wirkung erwünscht ist, mit verdünntem Spiritus benetzt und am Körper mit Binden befestigt. Als Derivantien kommen Metaplasma Mentholi und Capsici, als gut wirkendes Antirheumatikum kommt Metaplasma acidi salicylici in Betracht. — (Riedels Ber.)

Mitin, Jessner, ist eine überfettete Fettemulsion, der als serumartige Flüssigkeit Milch zugesetzt ist. Es bildet eine weiße, sich leicht verreibende, geruchlose Masse von Salbenkonsistenz. Mit reinem Mitin lassen sich Kampfer, Chloralhydrat, Menthol und Karbolsäure nicht verarbeiten. In diesen Fällen bedarf es eines Zusatzes von 20% Oel. Dagegen mischt sich das Resorzin mit der Mitinpaste ohne weiteres. Von Mitin-Präparaten sind zu erwähnen: 1. Mitinum cosmeticum (Mitincreme), welches sich als Salbengrundlage zu Zink-, Bor-, Salizyl-, Schwefel- und Teersalben eignet. 2. Mitin-Hydrargyrum (Mitin-Quecksilber, Mitinum mercuriale) ist eine $33^1/_3$% Quecksilber enthaltende Salbe. 3. Pasta Mitini Mitinpaste) ist eine Verarbeitung von Mitin mit Zink, Amylum u. s. w. — (Pharm. Post Nr. 51, 1906.)

Mollosin soll ein Gemenge aus 1 Teil Cera flava und 4 Teilen Paraffin. liquid. sein. Salbengrundlage.

Neodermin ist eine Salbe aus 85 Teilen Lanolin, 10 Teilen Petrolatum (Vaselin), 4 Teilen Difluordiphenyl und 1 Teil Fluorpseudocumol. Anwendung: bei Geschwüren, Wunden etc.

Peruol. Stellt eine 25%ige Lösung von Peruskabin in einem indifferenten Oele dar, besitzt die Heilwirkung des Perubalsams ohne reizende Nebenwirkungen und wird empfohlen wegen konstanter Zusammensetzung, Geruchlosigkeit und Farblosigkeit.

Peruolseife, welche zur Verhütung der Ansteckung und zur Nachbehandlung der Skabies empfohlen wird, enthält 10% Peruskabin (Benzoesäurebenzylester), entsprechend 40% Peruol. — (Ber. von Brückner, Lampe.)

Pisciol ist ein Ichthyolersatz.

Salenal, Unguentum Saleni, enthält $33^1/_3$% Salen. Letzteres wird als eine Mischung aus Methyl- und Aethylglykolsäureester der Salizylsäure bezeichnet. Die Salbe wird als reizloses Antirheumatikum

empfohlen. Fabrikant: Ges. f. chem. Ind., Basel.

Salit, der Salizylsäureester des Borneols, ist eine ölige Flüssigkeit, unlöslich in Wasser, wenig löslich in Glyzerin, in jedem Verhältnisse dagegen in Alkohol, Aether und fetten Oelen. Es wird durch Alkalien und nach der Einverleibung im Körper gespalten in Salizylsäure und Borneol. Bei der Anwendung wird es zu gleichen Teilen mit Ol. Olivar. gemischt und in der Regel zweimal täglich auf die Haut der erkrankten Körperteile aufgepinselt oder eingerieben. Die bepinselten Hautstellen werden mit Billrothbatist bedeckt, die eingeriebenen mit Watte. Das gebrauchsfertige Gemisch mit Olivenöl wird als Salitum solutum in den Handel gebracht. Es wurde mit Erfolg bei Muskelrheumatismen, akuten Neuralgien, akuten leichten Gelenkrheumatismen, akuten (rheumatischen) Pleuritiden und Sehnenscheidenentzündungen angewendet. — — (Ber. von Brückner, Lampe.)

Sanoform, Methyldijodosalizylat, ist nach Bamberg ein ungiftiges, geruchloses, weißes Pulver. In Berührung mit feuchter Oberfläche des lebenden Gewebes löst es sich auf und entwickelt langsam Jod und Salizylsäure und kann bei 100° C. ohne Zersetzung sterilisiert werden. Wo Jodoform zur Anwendung gelangt, kann es auch verwendet werden. In 500 Fällen zeigte es keine irritierende Wirkung, keine Eruptionen oder Ekzeme, noch Anzeigen allgemeiner Intoxikation.

Sapolentum Hydrargyri ist in Gelatinekapseln dispensierte $33^1/_3$%ige Kaliquecksilberseife, die sich in Wasser löst und demzufolge manche Vorzüge vor Unguent. Hydrargyri ciner. besitzt.

Seife zur Verhütung der Bleivergiftung. Sarason läßt in flüssige Kaliseife bis zur Sättigung Schwefelwasserstoff einleiten und die so behandelte Seife in Liquidonapparate füllen, die hermetisch verschließbar sind, auf einen Druck an der oberen Seite eine stets gleich große, bestimmte Menge flüssiger Seife austreten lassen und sich dann selbsttätig wieder schließen. Die Seife ist zur Verhütung von gewerblichen Blei- und anderen Metallvergiftungen geeignet. Dargestellt wird sie von der Berliner Apparatebau-Gesellschaft m. b. H., Berlin SW. — (Pharm. Post, Nr. 43, 1906.)

Stagophor nennt die Apotheke „Zur Austria“ in Wien ein Etui, das ein Glastropfrohr mit 20%iger Protargollösung und ein Glas mit 10 Sublimatpastillen zu 1 g enthält. Anwendung: zur Vorbeugung von Geschlechtskrankheiten. — (Pharm. Post Nr. 43, 1906.)

Sudol besteht aus 65% Wollfett, 15% Glyzerin, 15% Paraffinsalbe, 3% Formaldehyd und 2% Gaultheriaöl. Anwendung: gegen Fußschweiß. Darsteller: E. Schneider, Chem. Fabr., Wiesbaden.

Terralin. Salbengrundlage, bestehend aus Kaolin, Kieselsäure, Gips, Lanolin und Glyzerin, welche mit Wasser abwaschbar ist.

Unguentum formentoli Bernatzik, Bernatziks Formaldehydsalbe, welche einen Glyzerinstärkesalbenkörper zur Grundlage hat, enthält 5 bezw. 10% Formaldehyd und etwas Menthol. Gegen Fußschweiß.

Unguentum Hyrgoli ist Quecksilbersalbe, zu welcher kolloidales, statt gewöhnlichen metallischen Quecksilbers verwendet wird; sie führt auch die Bezeichnung Merkurokolloid.

2. Behandlungsmethoden.

Erfolge der Heberdrainagenbehandlung des Pleuraempyems.

Ernst Kurt Treibmann berichtet über die Erfolge der Heberdrainagenbehandlung des Pleuraempyems an der medizinischen Universitätsklinik zu Leipzig in den Jahren 1895—1904. (Dissert., Leipzig 1906.) Für die Statistik kommen 38 Fälle in Betracht. 35 davon wurden geheilt respektive so gut wie geheilt, 2 gebessert, 1 Fall blieb ungeheilt. Das ergibt also 92·1% Heilungen. Die Durchschnittsdauer der Drainage betrug bei den geheilten Fällen 55 Tage. Zum Vergleich gibt Vf. die Heilungserfolge einiger anderer Autoren: Curschmann 89%, Immermann 86%, Aust 90·9%, Bohland 76·9%, Eberle-Sahli 84·7%. Auf Grund dieser günstigen Er-

fahrungen empfiehlt Vf. die Heberdrainagenbehandlung des Pleuraempyems aufs wärmste.

Salizylspirituskompressen.

Solt hat in zirka 50 Fällen von Scharlachangina Salizylspirituskompressen (2%) mit so gutem Erfolg angeordnet, daß er nur zwei Todesfälle erlebte. Auch bei Meningitis cerebrospinalis, bei weiblicher Blennorrhöe und bei Aknepusteln taten ihm diese Kompressen ausgezeichnete Dienste. — (St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 9, 1906.)

Behandlung des Erysipels.

Kaczwinsky empfiehlt zur Behandlung des Erysipels, man soll den Patienten 0·25 g Chininsalz sechsstündlich per os oder subkutan verabreichen, und zwar solange, bis 2—3 fieberfreie Tage zu verzeichnen sind. Die äußere Therapie hat in Bleiwasserumschlägen zu bestehen, solange, bis das Erysipel abblaßt. — (Monatsh. f. prakt. Derm., 1906.)

Bardelebens Brandbinde.

Bardelebens Brandbinde ist eine antiseptische Mullbinde, welche mit Wismut und anderen Metallsalzen imprägniert und von Apotheker Br. Schmidt (Bremen) in drei Größen hergestellt wird: 4 m lang, 10 cm breit, 2 m lang, 10 cm breit, 1 m lang, 10 cm breit. Indikationen sind: Verbrennungen und Verbrühungen jeden Grades, nässende Flechten, Unterschenkelgeschwüre, Wundliegen, Wundlaufen, Wundsein der Kinder, Nabelverbände Neugeborener, offene Frostbeulen, Erfrierungen, Reizzustände der Haut (z. B. infolge von Diabetes, Impfen, Pemphigus, Röntgen-Strahlen), Urtikaria, Verletzungen.

Ekzemseife.

Zur Behandlung des Ekzems, auch des Kopfekzems der Kinder, wird die Ekzemseife Dr. Amoens (von Leonhard & Krüger in Dresden) empfohlen. Sie enthält neben verschiedenen Kräuterextrakten Zimtsäure und ist völlig reizlos. Man läßt die Ekzeme nachts mit Seife einschäumen, den Schaum eintrocknen und über Nacht liegen. Morgens wird nach leichtem Abwaschen mit lauem Wasser eine ganz leichte Einreibung mit einer indifferenten Salbe vorgenommen. Der Erfolg soll meist prompt eintreten. — (Aerztl. Zentralanzeiger, Nr. 45, 1906.)

Natrium salicylicum bei Scharlach und Gelenkaffektionen.

R. Stockmann, Glasgow, hat von der Verordnung von Salizylsäure weder bei Scharlachnephritis, noch bei den im Gefolge des Scharlachs, der Blennorrhöe, der Pyämie und der Influenza auftretenden Gelenkaffektionen und Schmerzen irgendwelchen Nutzen gesehen. — (Edinb. med. Journ., Sept. 1906.)

3. Rezeptformeln.

Angina tonsillaris (phlegmonosa).

1. Rp. Ol. Croton. gtt. VI
   Ol. Oliv. 6·0

D. S. Aeußerlich.

Dieses Oel ist auf der kranken Seite ganz auf dreimal (morgens, mittags, abends) in der Mandelgegend (Unterkieferwinkel) mittels Watte zu verreiben. — (Helbing).

2. Rp. Resin. guajac. 0·2

D. t. D. Nr. X.

S. Zweistündlich ein Pulver. — (Mackenzie.)

Angina catarrhalis.

1. Rp. Emuls. oleos. 150·0
   Syr. amygd. 20·0

M. D. S. Einstündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen. — (Buchner.)

2. Rp. Sol. Resorcini 2·5
   Aq. dest. ad 500·0

D. S. Gurgelwasser.

Herpes Zoster.

Rp. Menthol. 1·0
Alc. abs. } ãã 25·0
Aq. carbolis. }

D. S. Aeußerlich. — (Ströll.)

Masern.

Rp. Natr. benzoic. 5·0
Aq. dest. 100·0
Syr. Ipecac. ad 125·0

M. D. S. Zweistündlich ein Kinderеßlöffel voll. — (S t r ö l l.)

Pneumonia crouposa.

Rp. Antipyr. offic. 2·0
Aq. dest. 120·0
Tinct. Myrrh. 4·0
Syr. Ipecac. ad 150·0

M. D. S. Zweistündlich ein Eßlöffel voll. — (S t r ö l l.)

Erysipel.

Rp. Acid. carbolic. }
Tinct. jod. } ãã 1·0
Glycerin. }
Mucilag. gummi arab. 5·0
Alcohol. absolut. ad 20·0

M. D. S. Die geröteten Stellen zweistündlich zu bepinseln bis zur Abschwellung und Abblassung der Haut. — (S t r ö l l.)

Pleuritis incipiens.

Rp. Vini stibiat. 5·0
Aq. dest. 100·0
Tinct. Opii simpl. 1·0
Syr. Althaeae ad 125·0

M. D. S. Zweistündlich ein Eßlöffel voll. — (K ö n i g.)

Pilulae hydragogae Heimii.

Rp. Scill. pulv. }
Fol. Digital. }
Stib. sulfur. aurant. } ãã 1·0
Extr. Colocynth. }
Extr. Graminis }

M. f. p. Nr. L.
D. S. Dreimal täglich zwei bis drei Pillen zu nehmen.

Expektorans bei akuten und chronischen Bronchitiden, Asthma, Pneumonie.

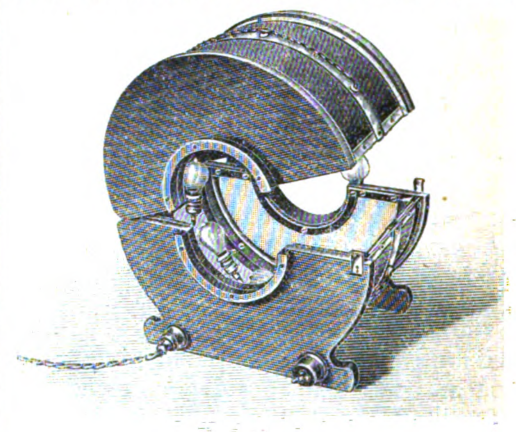
Rp. Euporphini 0·05
Morph. hydrochl. 0·01
Syr. simpl. 20·0
Aq. dest. ad 200·0

M. D. S. Eßlöffelweise zu nehmen.

4. Varia.

Das Gelenklichtbad.

D a s n a c h s t e h e n d a b g e b i l d e t e G e l e n k l i c h t b a d i s t e i n b i l l i g e r u n d b e q u e m e r E r s a t z f ü r V o l l g l ü h l i c h t b ä d e r, wenn n u r a u f g e w i s s e K ö r p e r t e i l e e i n g e w i r k t w e r d e n s o l l. Die Glühlichtbäder werden bekanntlich unter anderem auch bei G e l e n k s c h m e r z e n, E n t z ü n d u n g e n verschiedener Herkunft empfohlen. Manchmal wird in diesen Fällen von einer „allgemeinen“ Hitzeprozedur abgeraten; man trachtet nur durch lokale Einwirkung die Resorption der entzündlichen Produkte zu för-



dern oder durch die trockene Hitze Geschwüre oder Hautkrankheiten günstig zu beeinflussen. B e i v e r s c h i e d e n e n A u t o r e n g i l t d i e I n d i k a t i o n v o n G l ü h l i c h t b e i E k z e m, A k n e, P s o r i a s i s, U l c u s c r u r i s, L e u k o p l a k i e etc. und außerdem in allen Fällen, wo trockene Hitze in Anwendung kommen kann.

Das Dr. M ü l l e r sche Gelenklichtbad besteht aus einem hölzernen, mit Asbest ausgeschlagenen Gerüst, in dessen Innerm 8 Glühlampen kreisförmig angeordnet sind, um das Gelenk von allen Seiten gleichmäßig zu bestrahlen.

Um eine bequeme Einführung des kranken Teiles zu gestatten, läßt sich das Gelenkbad in der Mitte aufklappen. Es wird im allgemeinen betont, daß im Glüh-

lichtbad die Schwitzprozedur eine sehr schonende ist, daß aber noch dem Lichte und der strahlenden Wärme ein besonderer Einfluß zuzuschreiben ist.

Die bekannte Tatsache, daß der Schweißausbruch im Glühlichtbad rascher und bei niedrigerer Temperatur als im gewöhnlichen Heißluftbad erfolgt, findet eine Erklärung darin, daß die langwelligen Strahlen der Glühlampen ein außerordentliches Penetrationsvermögen besitzen, welche Tatsache auch durch starke Temperaturerhöhung in Körperhöhlen experimentell festgestellt wurde.

Bei bettlägerigen Patienten, bei zirkumskripten Leiden des Armes und des Beines findet das Gelenkglühlichtbad eine vielseitige Anwendung.

Von der Firma Reiniger, Gebbert und Schall in Erlangen wird der Apparat in eleganter Ausführung gebaut.

Unglückliche Zufälle bei Quecksilbereinspritzungen.

Hartung (Breslau) sucht durch Opiumgaben unglücklichen Zufällen bei Quecksilbereinspritzungen zu begegnen. Kobert machte darauf aufmerksam, daß Opiumesser die enorme Menge von 1·8 g Sublimat im Tage ohne Schädigung vertragen, zweifellos, weil sich im Darm eine unlösliche Verbindung von Opium und Sublimat bildet. Seither behandelt Hartung jeden durch Quecksilber bedingten Darmkatarrh mit hohen Opiumgaben und erzielt damit stets rasches Verschwinden der Darmerscheinungen. — (Pharm. Post Nr. 46, 1906.)

Bücher-Anzeigen.*)

Kompendium der speziellen Histopathologie der Haut. Ein Leitfaden für Aerzte und Studierende. Von Prof. Dr. S. Ehrmann und Dr. Joh. Frik. Wien 1906. Verlag von Alfred Hölder.

Dem in der „Einführung in das mikroskopische Studium der normalen und kranken Haut“ zur Schau getragenen Bestreben, die Lernenden durch die einfachste Darstellung der Gewebsverhältnisse einem tieferen Interesse für das Fach zuzuführen, sind die Vf. auch diesmal treu geblieben. In kurzen, leider oft auch rudimentären Beschreibungen sehen wir das umfangreiche Gebiet der speziellen Histopathologie der Hautkrankheiten an uns vorüberziehen, wobei selbst den wichtigsten Dermatosen nicht mehr als das knappste Signalement gewidmet werden kann. Selbst in den von Ehrmann mit Vorliebe gepflegten Zweigen des Fachgebietes, in den Hinweisen auf das strukturelle Verhalten der luetischen Gewebsprodukte, der Pigmentanomalien und Geschwülste etc., wird in resümierender Geschwindigkeit nur das unerläßlich Notwendige zur Kenntnis gebracht. Es resultiert hieraus eine Zusammenfassung kardinaler Gewebsmerkmale, die nur dazu dienen kann, das in Vorlesungen und Kursen erläuterte Gewebsbild der Hautveränderungen der Erinnerung und der Vorstellung tiefer einzuprägen. Diese einzig und allein intendierte Aufgabe wird durch Ehrmanns universelle Fachkenntnis und Routine sowie seiner Hilfskraft Belesenheit zu glänzender Lösung gebracht. Gute Reproduktionen eigener Präparate (Erythem, Herpes Zoster, Psoriasis, Lichen ruber planus, Akne, Syphilis, Sykosis sklerotisans) fördern bestens den didaktischen Zweck. Wo die eigene Erfahrung nicht ausreicht, werden stets bei kompetenten Hilfsquellen Anlehen gemacht. In der Darstellung des Ekzems ist den Ansichten Unnas Raum gegeben. In der Beschreibung der Dermatitis exfoliativa neonatorum, des Jododerma, des Madurafußes, des Endothelioms kommen Luithlen, v. Neumann, Oppenheim resp. Spiegler zu Wort. Die Skizzierung der Gewebsverhältnisse bei Lepra, Akne urticata, Rhinosklerom, Akanthosis nigricans, Pagets disease u. A. erfolgt an der Hand von Präparaten Oppenheims, Josephs, Ghons, Janowskis resp. Langs. Durch eine Ergänzung der Reproduktionen aus den Werken von Hebra, Kaposi, Jarisch und Kreibich ist die Zahl der instruktiven bildlichen Beigaben auf

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

55 gestiegen, die in der äußerst sorgfältigen Wiedergabe den emsig durcharbeiteten Text gefällig und nutzbringend ergänzen. Nobl.

Aerztliches Jahrbuch 1907. VIII. Jahrgang. Herausgegeben von Dr. Grolman. Frankfurt a. M. Verleger Joh. Alt.

Der Inhalt der achten Auflage ist derselbe, wie der der beiden vorhergehenden, an dieser Stelle kritisierten; auch die alten, bereits zweimal gerügten Fehler hat Vf. beibehalten, er hat also offenbar nichts aus der Kritik gelernt. Das Heilanstaltenverzeichnis wimmelt von Fehlern, Irrtümern und Ungenauigkeiten. Klar, München.

Neue Heilmittel und neue Heilmethoden. Von Dr. v. Grolman. Frankfurt a. M. Verleger Johannes Alt. 446 Seiten. Preis 3 Mark.

Das Buch enthält außer dem üblichen Kalenderinhalt ausführlichere Berichte über: Alkoholinjektionstherapie nach Schlösser bei Trigemius-Neuralgie, über Biersche Stauungshyperämie, Klappscher Saugapparat, Ischiasheilung durch Rückenmarksanästhesierung, Winke zur Diabetesbehandlung von Naunyn, Röntgenstrahlen, Spinalpunktion, Lumbal- und Lokalanästhesie. A. B.

Deutsches Badewesen in vergangenen Tagen, nebst einem Beitrag zur Geschichte der deutschen Wasserheilkunde. Von Alfred Martin. Mit 159 Abbildungen nach alten Holzschnitten und Kupferstichen. Verleger Eugen Diederichs, Jena. 1906. 448 Seiten. Preis broschiert 14 Mark, gebunden 17 Mark.

Vorliegendes Werk ist mit das vornehmste Erzeugnis des deutschen wissenschaftlichen Büchermarktes im letzten Jahre. Der Vf. hat die außerordentlich schwierige Aufgabe, die er sich gesteckt hat, auf die vorzüglichste Weise gelöst, seine Arbeit kann direkt eine klassische genannt werden. Auch den entlegensten Quellen wurde nachgegangen und eine Reihe uralter Volksbadegebräuche wird verständlich durch die minutiösen Quellenangaben Martins. Solche Bücher ist man sonst nur von ausländischen Verlägen gewohnt. Dem Eugen Diederichschen Verlag gebührt dafür die größte Anerkennung der Bibliophilen, daß er dem köstlichen, vornehm ausgestatteten Werk durch einen so billigen Preis die ihm aufrichtig zu gönnende weiteste Verbreitung ermöglicht. Fritz Loeb.

Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung. Bearbeitet von Dr. Richard Lüders unter Mitwirkung von, Dr. W. Thom. Mit zahlreichen Rezepten, praktischen Anleitungen und Illustrationen im Text, unter besonderer Berücksichtigung der in- und ausländischen Literatur. 2. Abteilung. Leipzig 1906. Verlag von Benno Konegen. (Siehe Besprechung im Heft 5, 1906.)

Auch der vorliegende zweite Band (Seite 161 bis 432) gibt in prägnanter, vollständig befriedigender Weise das Wissenswerte über die einzelnen Präparate an. Literaturbelege und Rezeptformeln zeichnen das Werk vor vielen ähnlichen vorteilhaft aus. Als besonders glücklich muß die Zusammenfassung der bestimmten Indikationen dienenden Arzneimittel und deren sachliche Erörterung bezeichnet werden. Wir wünschen dem Lüdersschen Buche viele Freunde. F. L.

Körperkultur des Weibes. Von Bess. M. Mensendieck. Verleger F. Bruckmann. München 1906. 187 Seiten. 100 Abbildungen. Preis elegant broschiert Mark 3·80, gebunden Mark 4·80.

Die Verfasserin hat ihre praktisch hygienischen und praktisch ästhetischen Winke ausschließlich für die Frau geschrieben. Sie will die eigene Initiative des Weibes wecken, praktische körperliche Schönheitspflege zu treiben: durch gemeinverständliche Aufklärung über die physikalischen Vorteile der Körperkonstruktion, über die Möglichkeiten von Kraftersparnis durch Beschränkung des unnützen Bewegungsumfanges in allen Betätigungen, sowie durch die Anleitung zur Verbesserung bestehender Schäden, unterstützt durch reiches Uebungsmaterial. Wir Aerzte können das vorzüglich ausgestattete Werkchen nur willkommen heißen und wünschen, daß es jede Frau besitze und benütze. Dr. Fritz Loeb, München.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Welche Fälle von Lungentuberkulose eignen sich für die Volksheilstättenbehandlung?

Von **John Tillmann**, Oberarzt der Volksheilstätte Osteras in Schweden.*)

Die wichtige Beantwortung der Frage, ob ein gegebener Fall sich zur Volksheilstättenbehandlung eignet oder einer solchen bedarf, spielt eine ebenso große Rolle für dieses Individuum selbst und die Gesellschaft als für den prinzipiellen Bestand der Volksheilstätten. Für die privaten Anstalten können und sollen die Bedingungen für die aufzunehmende Klientel anders gestaltet sein. Wenn auch die therapeutische und prophylaktische Bedeutung der Volksheilstätten nicht überschätzt werden darf und man die allzu großen Hoffnungen, zu denen man nach der ersten Probezeit berechtigt zu sein glaubte, einigermaßen herabsetzen muß, ist doch der reelle Wert der Brehmer-Dettweilerschen Behandlung in beiden Richtungen anerkannt, wenn auch bis jetzt in Ziffern nicht bestimmbar. Es ist daher von großer Wichtigkeit, dafür zu sorgen, daß die hygienisch-diätetische geschlossene Behandlung gerade nur den für dieselbe tauglichen Patienten zuteil werde, um dieselbe bei der Allgemeinheit nicht in Mißkredit zu bringen. Daß viele Tuberkulosefälle es ihren Sanatorienkuren zu verdanken haben, daß ihr Leiden in das Latenzstadium überführt werden konnte, läßt sich nicht verleugnen, wenn auch statistische Beweise hiefür nicht vorliegen, da teils vergleichende Untersuchungen desselben Autors an gleichartigem Materiale über den Erfolg der poliklinischen, der Krankenhaus- und der Heilstättenbehandlung nur in geringem Grade gemacht worden sind, teils gewiß verschiedene in den Heilstätten behandelte Fälle solcher Art waren, daß sie auch ohne eine solche Behandlung günstig verlaufen wären. Eine größere Zusammenstellung vergleichender physikalischer Untersuchungen von demselben Arzt an beispielsweise sechs Jahre zuvor erfolgreich im Sanatorium behandelten, minder bemittelten Patienten durchgeführt, deren Leiden kein ganz leichtes mehr und zur Zeit, da die Kranken in Anstaltsbehandlung kamen, soweit es klinisch beurteilt werden konnte, nicht stationär war, würde einen reellen Beweis für die faktische Bedeutung der Volksheilstättenbehandlung gewiß erbringen.

Der Aufenthalt im Sanatorium darf aus erklärlichen Ursachen nicht zu lange dauern, aber um ein Resultat von einem gewissen Werte zu erlangen, muß derselbe doch mit 5—6 Monaten bemessen werden, weshalb auch immer mehr die Ansicht Platz gegriffen hat, daß sich die Behandlung über die zuerst proklamierten drei Monate hinaus erstrecken müsse. Ich für meinen Teil bin der Ansicht, besonders auf Grund der langen Wartezeit an den schwedischen Anstalten, es sei vorteilhafter, die Patienten durch die genannte Zeit ununterbrochen zu behandeln und nicht die Kur in zwei Perioden durchzuführen. Es gilt aber, diejenigen Fälle hervorzusuchen, bei denen die größere Aussicht vorhanden ist, innerhalb der angegebenen Zeit, soweit es durch die Untersuchung und eine kurze Beobachtungsperiode entschieden werden kann, eine bedeutende, am besten physikalisch nachweisbare und dauerhafte Besserung zu erzielen. Ich halte es jedoch nicht so oft für möglich, innerhalb der genannten Zeit eine relative Heilung bei Vorhandensein von Rasseln, folglich auch unter anderem

---

*) Die deutsche Uebersetzung des unserer Redaktion zur Verfügung gestellten schwedischen Originals wurde von unserem Mitarbeiter Herrn Dr. Leo Klemperer in Karlsbad besorgt.

dessen vollständiges Verschwinden bis auf das durch Atelektase bedingte zu erreichen. Vielmehr müßte, um den Erfolg soweit als möglich zu befestigen und zu sichern, die Anstaltskur eine ordentliche und andauernde Nachkur zu Hause unter ärztlicher Leitung zur Folge haben.

Wenn auch die Ausbreitung und die Art des krankhaften Prozesses in den Lungen nicht die absolut wichtigste Rolle spielen, sondern andere bedeutungsvolle Faktoren vorhanden sind, ist es zur Beantwortung der gestellten Frage ersprießlich, doch die Untersuchung mit der Skizzierung des physikalischen Charakters des jeweiligen tauglichen Falles zu beginnen, wobei ich bemerken muß, daß die genaue und detaillierte Untersuchung, welche notwendig ist, um eine möglichst richtige Auffassung über die Prognose und die einzuschlagende Therapie zu bestimmen, sehr zeitraubend ist und daher wohl nur außerhalb der gewöhnlichen Sprechstunde vorgenommen werden kann. Ich bemerke dies deshalb, weil danach auch die Honoraransprüche des Arztes bemessen werden müssen. Da nun die pathologischen Phänomene an den Lungen besonders langsam zurückgehen — man kann ja im besten Falle erwarten, daß die Rasselgeräusche verschwinden, während der normale Lungenschall und normales Atmungsgeräusch nur in den sehr leichten Fällen sich im Verlaufe der Beobachtungszeit in den Volksheilstätten wieder einstellen — ist die Forderung berechtigt, daß die für die Volksheilstätte tauglichen Patienten bezüglich des stethoskopischen Befundes sich innerhalb der Grenze des von Turban bestimmten ersten Stadiums befinden. Die Fälle der Volksheilstätten sollen daher auf ihrer Höhe eine „leichte“ Veränderung in einem Lappen aufweisen — rechterseits in dem oberen oder dem mittleren — welche physikalisch durch eine leichte oder relativ leichte Dämpfung, rauhes, abgeschwächtes, normal vesikuläres, vesikobronchiales, hie und da auch bronchovesikuläres Atmungsgeräusch mit feinen, zuweilen mittelgroßen, klanglosen Rasselgeräuschen sich manifestieren. Das ideale schließliche Resultat der vereinigten Heilstättenbehandlung mit der Nachkur besonders für Arbeiter soll darin bestehen, daß vor allem die katarrhalen Symptome, welche in der großen Mehrzahl der Fälle vorhanden sind, verschwinden, weil man erst dann die möglichst große Garantie dafür hat, daß eine Rezidive ausbleibt. Ein erstes Stadium am Uebergange zum zweiten repräsentiert jedoch bereits eine ganz bedeutende Affektion, und deshalb können ausgebreitete Rasselgeräusche, wenn sie spezifisch, d. h. nicht teilweise einfach bronchitisch sind, nur ausnahmsweise innerhalb einer verhältnismäßig kurzen Zeit zurückgehen. Es ist deshalb erforderlich, um den Volksheilstätten das beste Resultat zu sichern, daß die Aerzte bei Zuweisung der Patienten in dieselben die Indikation des ersten Stadiums nicht bis zu dessen äußerster Grenze ausnützen, sondern dieses Gebiet womöglich noch einengen sollen.

Die Heilstättenpflege kommt demnach, vom rein physikalischen Standpunkte aus, mit Ausnahme der sogenannten initialen Fälle, unter folgenden Verhältnissen in Frage: 1. Katarrhale Affektion einer Lungenspitze; 2. Infiltration einer Lungenspitze mit oder ohne begleitenden Katarrh; 3. eine solche Spitzenveränderung auf einer Seite mit abnormem Atmungsgeräusch auf der anderen; 4. Infiltration eines größeren oder kleineren Bezirkes in einem Oberlappen (rechts auch Mittellappen) mit oder ohne Katarrh. Finden sich katarrhale respektive Verdichtungssymptome doppelseitig, dann sollen sie auf keiner Seite die Clavicula oder Spina scapulae überschreiten. Katarrh eines unteren Lappens mit oder ohne Verdichtung sollten nur versuchsweise aufgenommen werden; die basalen Affektionen geben nämlich an und für sich keine gute Prognose und sind oft gegen die hygienische Behandlung widerspenstig, außerdem ist ihr tuberkulöser Charakter nicht immer so leicht zu beweisen. Aus der Forderung, die Krankheit solle sich im ersten Stadium befinden, damit der Patient auch für die Heilstättenbehandlung sich eigne, ergeben sich daher direkt gewisse Kontraindikationen. Ueber mittelstarker Dämpfungsgrad

(mehr als fast relativ, entsprechend der Wallerschen Nomenklatur, siehe diese Zeitschr. Nr. 7, 1904), Bronchialatmen, grobe oder klingende Rasselgeräusche gestalten den Patienten nicht mehr „heilstättenmäßig“, weil hier der Prozeß nicht mehr als leicht anzusehen ist. Die Ausnahme hievon kann es bilden, unter sonst gutartigen Verhältnissen, wenn es sich um ein sehr begrenztes, nicht basal liegendes Gebiet handelt.

Wieviel günstiger sich das Resultat der Behandlung für die gelinderen Fälle im Vergleich zu den mehr vorgeschrittenen in den schwedischen und gewiß auch in anderen Volksheilstätten stellt, zeigen die statistischen Zusammenstellungen, welche nach schriftlichen Mitteilungen in festgesetzten Formularien in den schwedischen Sanatorien in Halahult, Hessleby und Oesteras, betreffend die in den Jahren 1901 bis 1902 entlassenen Patienten gemacht wurden. Aus den eingelangten Antworten, 1065 Fälle betreffend, geht hervor, daß 77% respektive 75% und 78% der im ersten Stadium sich befindlichen Patienten im Jahre 1906 vollkommen arbeitsfähig waren, während dem Stadium II und III entsprechend die Ziffern 54·4% und 23% für Halahult, 45·7% und 20% für Hessleby und 37·4% und 13% für Oesteras betragen. Schon aus diesen Zahlen, trotzdem sie von Fehlerquellen nicht frei sind, da sie sich bloß auf die subjektive Schätzung der Patienten über ihren Gesundheitszustand stützen, geht der deutliche, aber auch natürliche Hinweis hervor, daß das Volksheilstättenmaterial vor allem innerhalb des ersten Stadiums zu wählen ist. Unter bestimmten Verhältnissen und Bedingungen können jedoch, wie vielfache Erfahrungen gelehrt haben, auch Patienten des zweiten, selbst dritten Stadiums sich für die Heilstättenbehandlung eignen. Voraussetzung hiefür ist, daß der fragliche Fall sich in sehr gutem Allgemeinzustand befindet, seit längerer Zeit auch bei genauesten Messungen normale Temperaturen und guten Puls bei normaler Pulszahl hat und physikalisch eine sichere Verbesserung aufweist; ich fordere demnach, daß der Prozeß nicht bloß stillesteht, sondern zur Rückbildung gelangt. Außer diesen Bedingungen, welche für die Kurperiode, die zumeist auf eine längere Zeit als gewöhnlich erstreckt werden muß, unbedingt notwendig sind, wenn innerhalb derselben ein Erfolg erzielt werden soll, muß auch die Voraussetzung bestehen, daß die häuslichen Verhältnisse sich absolut gut gestalten. Die für diese Patienten unausweichliche Nachkur wird sonst unmöglich und die Rezidive, mit einem raschen Uebergang in den akutesten Verlauf, bleibt nicht aus. Diese Indikation tritt relativ selten ein, denn entsprechend der Erfahrung der Heilstättenärzte können benigne, wenn auch vorgeschrittene Fälle eine sehr bedeutende Besserung aufweisen, Fälle, welche bei der ersten Untersuchung, bei welcher ja vorzugsweise der physikalische Charakter des Falles konstatiert werden kann, den Eindruck einer ziemlich trostlosen Prognose, zumindest in Bezug auf den stethoskopischen Rückgang des Prozesses, machen.

Aber es ist ebenso wichtig, auf die Tauglichkeit für eine Sanatoriumbehandlung bei solchen Kranken hinzuweisen, welche den eben geschilderten gerade entgegengesetzt sind, den sogenannten initialen Fällen, initial sowohl in Bezug auf die Ausbreitung als auch auf die Intensität. Zu Beginn der Tätigkeit der Volksheilstätten in Schweden haben eben solche Fälle einen bemerkenswerten Prozentsatz der Klientel ausgemacht, später jedoch sind nicht wenig Fälle vorgekommen, bei denen die Diagnose auf eine bestehende Lungentuberkulose trotz wiederholter Untersuchung u. a. mittels Tuberkulineinspritzung, unsicher blieb, d. h. sicher konstatierbare Symptome für den Befund der Lungentuberkulose waren weder in der Anamnese, noch durch die genaue physikalische Untersuchung vorhanden. Ich will mich auf die Frühdiagnose der Tuberkulose, welche mir noch ziemlich schwierig zu sein scheint und noch in vieler Beziehung nicht entwickelt ist, hier nicht einlassen, muß jedoch hervorheben, daß es notwendig ist, daß die Fälle, welche der Sanatoriumpflege zugeführt werden, soweit durch unsere diagnostischen Hilfsmittel zu erweisen ist, sicher an Lungen-

tuberkulose erkrankt sind. Die Ursachen dieser meiner Forderung sind folgende: Die Lungenheilstätten sind für lungentuberkulöse Patienten bestimmt, die Anzahl der Plätze in solchen Heilstätten sind bei der Ausbreitung der Krankheit immer beschränkt, und es verbleibt eine große Patientenzahl stets vorgemerkt, schließlich nimmt die Diagnosenstellung in den Sanatorien selbst bei zweifelhaften Fällen viel zu viel Zeit in Anspruch und schränkt die onhehin in Anspruch genommenen Stunden der Aerzte noch mehr ein.

Man kann übrigens noch einen Schritt weiter gehen. Da wir doch wissen, daß manche der sicheren Initialfälle auch ohne Heilstättenpflege eine relative Heilung erreichen können, würde dies bei den noch immer sehr beschränkten Mitteln das Budget außerordentlich beschweren, wollte man ohne eine gewisse vorgehende Beobachtung die teueren Sanatorienplätze vielleicht ohne Notwendigkeit mit solchen Patienten belegen. So lange es jedoch an den notwendigen Tuberkulosekrankenhäusern und Tuberkuloseheimen als Beobachtungsstationen für die eben genannten zwei Gruppen der Erkrankungen mangelt, wird man doch berechtigt sein, auch solche diagnostisch zweifelhafte und Initialfälle ohne genauere Auslese aufzunehmen — ebenso wie der Mangel an Tuberkulosekrankenhäusern die Berechtigung zur Aufnahme gewisser Fälle des zweiten und selbst dritten Grades begründet — insoferne als die praktischen Aerzte selbst nicht die Verantwortung für eine diese Individuen, inklusive der prophylaktischen Fälle, betreffende, genaue, sichere und zeitlich hinreichende Beobachtung übernehmen könnten oder wollten. Erweist sich bei einer solchen Kontrolle die Diagnose unzweifelhaft, und zeigt der Fall, anstatt daß er mit einfachen Mitteln (Landaufenthalt, Tag- oder Sommersanatorien u. a.) latent bleiben würde, die Zeichen eines langsamen Fortschreitens oder erscheint die Tendenz unklar, dann müßte sofort die Heilstättenpflege eingeleitet werden. Der Zweck ist nur, die Volksheilstätten zu entlasten von einerseits prophylaktischen Fällen, anderseits von Rekonvaleszenten nach Pleuritiden, deren Grundursache den Verdacht auf Tuberkulose bildet, oder von gewissen Fällen, welche von vornherein als gutartige initiale Fälle angesehen werden können. Ich will keineswegs hiemit leugnen oder mich dagegen stellen, daß die sicheren Initialfälle und die ganz unbedeutend vorgeschrittenen Affektionen in der Regel die günstigsten, für die Heilstättenpflege geeignetsten Fälle sind. Da anderseits es von größter Wichtigkeit ist, durch die Anstaltsbehandlung das beste physikalische Resultat zu erzielen, müssen die geeigneten Fälle auch zeitlich so frisch als möglich sein, und von der Beobachtung seitens des praktischen Arztes müßte es dann abhängen, daß die richtige Zeit nicht versäumt werde, daß leichte Fälle nicht so lange zu Hause verpflegt werden, bis die Aussichten für einen guten Kurerfolg mehr oder weniger vernichtet werden. Ich schließe mich zum größten Teile den Ansichten F r a e n k e l s an, welche derselbe in der speziellen Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten (pag. 843, 1904) bezüglich der Auswahl der Patienten für die Volksheilstätten zum Ausdruck bringt. Bevor ich jedoch die physikalischen Symptome verlasse, will ich nur hervorheben, daß wiederholte Kuren solchen Patienten vorbehalten werden sollen, bei denen der Verlauf in der Anstalt und weiterhin in häuslicher Pflege eine ganz besondere Verbesserung des stethoskopischen Befundes i n n e r h a l b k u r z e r Z e i t in Aussicht stellt. Eine weitere Veranlassung einer zweiten Kur zur richtigen Zeit liegt vor für solche Fälle, welche bei stationärem Zustande der Lunge für mehrere Jahre ihre körperliche Leistungsfähigkeit erlangt haben und diese nunmehr auch weiterhin behalten wollen, um deren Widerstandsfähigkeit zu unterstützen.

Unter den Momenten, welche außer dem lokalen Befunde eine große Bedeutung für die Beantwortung der vorliegenden Frage besitzen, nimmt die genaue Kenntnis der Körpertemperatur des Kranken eine hervorragende Stellung ein. P e r s o n e n m i t c h r o n i s c h e r T e m p e r a t u r e r h ö h u n g t a u g e n n i c h t z u r S a n a t o r i u m b e h a n d l u n g. Es ist nicht möglich, bei einem solchen Patienten eine

sichere Prognose festzustellen. Ein von der Lunge ausgehendes, eher ständiges Fieber, sei es rein tuberkulös oder durch Mischinfektion hervorgerufen, ist stets ein Zeichen der Progression. Welche Richtung der Verlauf unter solchen Verhältnissen nehmen wird, können wir nicht voraussagen. Erst wenn durch eine gewisse Zeit ständig Fieberfreiheit vorhanden ist, kann die Pflege der Volksheilstätte in Anspruch genommen werden, zumal die Kosten sich bedeutend erhöhen würden, wenn eine größere Anzahl Fiebernder aufgenommen würde, da diese in den meisten Fällen zu Bette gehalten werden müssen. Ohne näher auf die interessante Frage der Temperatur bei Tuberkulösen in nicht vorgeschrittenen Fällen und die Kautelen einzugehen, welche die Messung erfordert, um Fehlerquellen die eliminieren, will ich bloß die Ansicht aussprechen, daß die Aerzte sehr oft den großen Wert der für längere Zeit fortgesetzten Aftertemperaturbestimmungen bei der Diagnose, Prognose und Therapie der Lungentuberkulose nicht voll einschätzen. Achselhöhlen- und selbst einfache Mundmessungen haben zu viele und für so manche Fälle schwer eliminierbare technische Fehlerquellen und können daher nicht mit Sicherheit angewendet werden. Ich will hier daran erinnern, daß der Wert der sogenannten normalen Temperatur bei verschiedenen Individuen verschieden ist, daß man genau unterscheiden muß zwischen Ruhe- und der Promenadentemperatur, wobei die erstere die entscheidende ist, daß man Rücksicht nehmen muß auf die besonders oft vorkommende prämenstruelle Steigerung, daß die chronische Temperatursteigerung nur zu einer gewissen beliebigen Tageszeit und nur rasch vorübergehend auftreten kann, daß die Ruhetemperatur oft bedeutend niedriger ist, als man im allgemeinen annimmt, und daß vereinzelte Messungen gewöhnlich jede Bedeutung vermissen lassen. Für Volksheilstätten passende Fälle müssen daher bei regelmäßigen, öfteren Rektalmessungen durch eine gewisse Zeit (zumindest eine Woche) vollständig fieberfrei sich erweisen, umso eher, als sonst während der langen Wartezeit eine bemerkenswerte Verschlimmerung sich einstellen kann, als deren Folge dann die Abweisung notwendig ist.*)

Komplikationen tuberkulöser oder nicht tuberkulöser Natur von ernsterer Art schließen den Patienten von der Aufnahme aus. Larynxtuberkulose (mit Ausnahme ganz leichter, zirkumskripter Fälle), Nephritis, schwere Magen- oder Darmstörungen sind deshalb, ebenso wie schwere Herzfehler, Kontraindikationen. Sie bilden ein allzugroßes Hindernis für die Einwirkung der mehr indirekten Heilungsmethode auf die Hauptkrankheit. Alle übrigen Organe müssen demnach bei Sanatoriumpatienten ganz intakt sein.

Es bleibt der Zukunft vorbehalten, leichtere Formen von Knochen- oder Gelenkstuberkulose in Kombination mit leichten Lungenveränderungen ohneweiters in den Heilstätten unterzubringen, wo auch chirurgisch geschulte Aerzte wirken werden. Daß Kranke mit schwerem Diabetes, Hämophilie oder Geisteskranke von solchen Anstalten ausgeschlossen sind, ebenso wie floride Lues, versteht sich von selbst. Chronische Gonorrhöe wirkt nach Turban und Kampf hemmend auf die hygienische Behandlung; dieselbe Ansicht äußert Turban bezüglich der Neurasthenie. Der oft so ungünstige Einfluß der Schwangerschaft auf die bestehende Tuberkulose ist so allgemein bekannt, daß es nicht zu verwundern ist, daß die Gravidität ein absolutes Hindernis für die Aufnahme ins Volkssanatorium bildet, wo als Bedingung zur Aufnahme das Vorhandensein der Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung des Zustandes aufgestellt wird. Patienten mit wiederholten, stärkeren Lungenblutungen sollen zur Kur erst nach einer längeren Beobachtungszeit vorgeschlagen werden. Es liegt ja klar, daß schon aus prognostischen Gründen Patienten mit eben abgelaufener oder noch

*) In den schwedischen Jubiläumssanatorien erhalten Patienten, deren Annahme empfohlen wird, eine zweimonatliche Wartezeit und einen bedingten Aufnahmsbescheid. Die definitive Aufnahme hängt ab von einem neuerlichen Gutachten, welches eine kurze Zeit vor dem Eintritt des Patienten abgegeben werden muß.

bestehender Blutung in solche Volksheilstätten nicht geschickt werden sollen, weil ja der bevorstehende Verlauf nicht richtig beurteilt werden kann.

Die prognostische Bedeutung der Pulsfrequenz bei Lungentuberkulose haben u. a. Sterling (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3, 1904) und Schneider (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 23, 1904) durch genaue Untersuchungen erhoben. Der erstere hebt hervor, daß konstante afebrile Tachykardie die Prognose verschlimmert, und zwar in direktem Verhältnis zum Grade derselben und ihrem markanten Hervortreten im ersten Stadium. Schneider hat bei 1000 aus dem Volkssanatorium von Weicker ausgetretenen Patienten konstatiert, daß bei den meisten Fällen mit beschleunigtem Puls (Frequenz über 90) auch im ersten Stadium der Verlauf ungünstig sich gestaltete, während hie und da auch vorgeschrittenen Fälle mit guter Herztätigkeit eine gute Prognose aufwiesen.

Wir müssen noch mehrere andere Momente berühren. Das Alter spielt insofern eine Rolle, als junge Individuen oft weniger Aussicht auf eine Besserung haben und Personen über 50 Jahre auf eine physikalische Besserung kaum rechnen dürfen. Die Rücksicht auf die Dauer der Krankheit und den Allgemeinzustand ist sehr wichtig. Wenn die Tuberkulose schon länger besteht, ohne daß das Allgemeinbefinden besonders gelitten hätte und vielleicht sogar der Lungenbefund noch geringgradig ist, dann geben diese Verhältnisse Zeugnis davon ab, daß der Organismus schon den Kampf von Beginn mit einer gewissen Kraft aufgenommen habe und gute Aussichten aufweist, denselben unter Zuhilfenahme einer gewissen zielbewußten Unterstützung zum Siege zu führen. In solchen Fällen findet man oft eine kräftige Körperkonstitution. Schlechter Allgemeinzustand, respektive vollständiges Arbeitsunvermögen in Kombination mit relativ unbedeutenden objektiven Zeichen seitens der Lungen lassen vermuten, daß das Verhältnis zwischen der Virulenz der Tuberkelbazillen und der Widerstandskraft allzusehr zu Ungunsten der letzteren sich gestaltet hat, als daß eine Kur sichere und gute Erfolge in Aussicht zu stellen vermöchte.

Die Ursache, warum die Volksheilstätten noch nicht den richtigen Belag aufweisen, sind mehrfacher Natur. Die Lungenkranken suchen meistenteils die Hilfe zu spät auf. Deshalb ist es wünschenswert, die Allgemeinheit über den schleichenden Beginn der Krankheit aufzuklären, damit sie rechtzeitig ärztliche Hilfe aufsuche. In großen Fabriken sollten jährlich sich wiederholende Untersuchungen der Brustorgane obligatorisch angeordnet werden, wodurch viele taugliche Fälle den Heilstätten zugeführt würden. Die lange Wartezeit durch den Platzmangel wurde bereits besprochen, doch kann man sagen, daß, wenn der Fall vom Beginn ab geeignet war und der Patient nur einigermaßen nach gegebenen Vorschriften gelebt hat, innerhalb einiger Monate eine bedeutendere Verschlimmerung nicht eintreten dürfte, wohl aber im Laufe einer längeren Zeitdauer. Nicht selten liegt die Schuld daran, daß die physikalischen Symptome falsch beurteilt werden. Der Arzt muß daher die Methoden, die Lungentuberkulose auch frühzeitig zu diagnostizieren, voll beherrschen. Einen nicht geringen Nachteil bildet auch der Umstand, daß bisher eine einheitliche Terminologie noch nicht in Gebrauch kam.

Momentan sind die drei Hauptfaktoren bestimmend, der lokale Befund, das Allgemeinbefinden nach den Temperaturverhältnissen und die Dauer des Leidens. Diese drei Faktoren entscheiden die Tauglichkeit des einzelnen Falles zur Heilstättenbehandlung. Da die eigentliche Einwirkung der Behandlung auf die Tuberkulose von der Eigenart des Falles abhängt, wäre es angezeigt, den Vorschlag Penzoldts anzunehmen und durchzuführen zu trachten, welcher darin besteht, daß die Fälle für die Volksheilstätten sich rekrutieren sollten aus Tuberkulosekrankenhäusern oder -Heimen, in welchen die Prognose durch eine längere Beobachtungszeit ermittelt werden könnte. Auf solche Weise könnte man einer und vielleicht der wichtigsten Forderung Genüge leisten, indem hiedurch die Anwendung

der hygienisch-diätetischen Behandlung in den Volksheilstätten den größten sozialen Nutzen bedeuten würde zum Vorteil der Lungenkranken und der in den Heilstätten bis zum Schlusse durchgeführten Behandlung.

REFERATE.

Innere Medizin.

Erkrankungen der Atmungsorgane.

1. **Die kalten Inhalationen bei Krankheiten der oberen Luftwege.** Von Schönemann, Bern. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Ueber Inhalationstherapie.** Von Dr. M. Jungmann. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
3. **Resultate der Asthmabehandlung im Hochgebirge.** Von R. Turban und L. Spengler. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Ueber den praktischen Wert der chronometrischen Methode Niclôt-Achard zur Mengenbestimmung der Pleuraexsudate.** Von G. Setti. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Zur Auskultation erkrankter Lungenspitzen.** Von Prof. Dr. G. Krönig. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. Die Inhalationstherapie bildet in der Hand des individualisierenden Arztes ein den anderen Behandlungsmethoden der Krankheiten der Luftwege sicher ebenbürtiges therapeutisches Agens, und zwar sind es die unter ziemlich hohem Druck ausströmenden kalten Zerstäubungen, welche auf die so mannigfachen Formen der abnormen Sensationen im Pharynx und Larynx günstig einwirken. Schönemann geht davon aus, daß die gleichen Befunde von mäßiger Pharyngitis bei dem einen ohne irgend ein Zeichen des Mißbehagens ertragen werden, während sie für einen anderen zum Gegenstand lästigster Empfindungen werden können. Durchaus nicht immer fällt die erhöhte Empfindlichkeit mit allgemeiner Neurasthenie zusammen; es scheint fast, als ob da und dort die Neigung zur belästigenden Perzeption solcher abnormer Sensationen im Schlundgebiet, welche öfter auch verbunden ist mit einer Prädisposition zu eigentlichen Katarrhen dieser Regionen, einen mehr oder weniger für sich abgeschlossenen Symptomenkomplex bilden könne („der empfindliche Hals" der Laien). Für einen solchen „empfindlichen Hals" genügt offenbar häufig schon eine ausgesprochene Neigung zur Hyperämie, die eben in Verbindung mit der Hyperästhesie die lästigen subjektiven Beschwerden auslöst. Eine Neigung zur Hyperämie ist häufig die Folge ganz bestimmter Schädlichkeiten; in vielen Fällen forschen wir aber vergebens nach solchen, und da mag gerade eine gewisse Verzärtelung den empfindlichen Hals geschaffen haben; tritt an verzärtelte Halsorgane dann der leiseste Reiz heran, so ist die Erkältung da. Schönemann hat daher sein Augenmerk vor allem darauf gerichtet, durch Inhalationen „abgehärtete" Hälse zu erzielen, und dies erreicht man, im Gegensatz zu den verzärtelnden warmen Inhalationen, durch kalte Inhalationen.

Die von Schönemann gebrauchten Apparate entstammen der Göbelschen Werkstätte in Ems. Ein Motor bringt die Luft eines großen Kessels auf 0·8 Atmosphären Ueberdruck; durch eiserne Röhren wird sie zu den einzelnen Apparaten geleitet. Die Luft entströmt diesen unter starkem, aber regulierbarem Druck als feiner Spray. Es wird täglich zweimal 10—15 Minuten lang mit vorgestreckter Zunge inhaliert (bei Vf. das Mineralwasser des Bades Stachelberg). Im Anfang wird das Wasser etwas vorgewärmt. Nach den ersten Sitzungen vermehren sich die abnormen Sensationen gewöhnlich etwas, gelegentlich tritt Brechreiz ein. Bald aber erfolgt Gewöhnung, und nach etwa dreiwöchentlicher Kur empfindet der Hals die Kälte als etwas Gewohntes. — (Annal. d. Schweiz. baln. Ges., 1906.)

2. Jungmann hat gute Erfolge erzielt bei Kehlkopftuberkulose und Lungenkranken des ersten Stadiums durch Inhalation von 10—15 Tropfen einer

20%igen Kreosotvasogenlösung in starker Verdünnung, bei Kindern 5—10 Tropfen. Als Inhalationsapparat verwandte er den Ballingschen Thermovariator, glaubt aber mehr den von Herzog konstruierten Thermoregulator empfehlen zu können. In schweren Fällen versagte die Methode, obwohl stets eine Hebung des Appetits und eine oft, allerdings nur vorübergehende, Besserung des Allgemeinbefindens zu beobachten war. — (Med. Klin., Nr. 49, 1906.)

3. Eine Umschau in der Literatur ergibt, daß bei der klimatotherapeutischen Behandlung des Bronchialasthmas dieselben Klimatypen von einem Autor empfohlen, von einem anderen verworfen werden. Im allgemeinen haben aber die Beobachtungen der Aerzte im Hochgebirge ergeben, daß aus dem Tiefland kommende Kranke dort vom ersten Augenblick an frei bleiben. Turban und Spengler teilen hier das Resultat einer Sammelforschung des Davoser Aerztevereines über diese Frage mit, und zwar betrifft die Statistik 143 reine Fälle. 76 Kranke hatten schon früher zusammen 109 klimatische Kuren durchgemacht, und zwar 38 an der See (Erfolg keiner), 44 im Binnenland bis 500 m (2), 11 von 500—1000 m (1) und 16 über 1000 m (12). In Davos waren nur 6 Kranke unter einem Monat, 85 von 1—12 Monate, 26 von 1—2 Jahre, 19 über zwei Jahre. 85 Patienten = 59·44% hatten in Davos gar keine, 13 = 9·09% nur anfangs Anfälle, 35 = 24·47% hatten schwächere, 7 = 4·89% gerade so starke und 3 = 2·09% stärkere Anfälle als früher. Die Resultate waren Sommer wie Winter gleich gut; schweres Asthma gab etwas bessere Resultate als leichtes, Asthma in der Jugend bessere als im Alter; Bestehen über zehn Jahre verschlechtert die Prognose, komplizierende Tuberkulose dagegen nicht. Die Besserung wurde auch (entgegen der Ansicht anderer) bei vorhandenen Nasenkomplikationen erzielt. Bezüglich der Dauererfolge liegen 113 Berichte (mehrere Monate, bis viele Jahre nach der Abreise von Davos) vor; davon hatten 50 = 44·24% gar keine, 6 nur anfangs, 36 schwächer, 20 ebenso stark, und 1 stärker als früher ihre Asthmaanfälle. Die Erklärung der nicht wegzuleugnenden günstigen Beeinflussung des Asthmas in Davos liegt wohl in der unbewußten Atemgymnastik. — (Annal. d. Schweiz. balneol. Ges., 1906.)

4. Zur Anstellung der Niclôt-Achardschen Methode braucht man zwei Methylenblaulösungen, eine 2·5%ige und eine $^1/_{10}$ ⁰/₀₀ige. In zwei Reagensgläser (A-B) gibt man genau die gleiche Menge destilliertes Wasser (10—20 cm³). Man aspiriert nun aus der Pleurahöhle 10—20 cm³ Inhalt und gibt ihn in das Gläschen A, läßt die Nadel stecken und spritzt in die Pleurahöhle genau die gleiche Menge der $2^1/_2$%igen Lösung. Durch Lageveränderungen des Kranken sucht man eine möglichst innige Vermischung des Methylenblaus mit dem Exsudat herbeizuführen, extrahiert nochmals genau die gleiche Menge Exsudat, bringt sie in das Gläschen B und läßt nun in das ganz ungefärbte Gläschen A solange tropfenweise von der Methylenblaulösung 1:10.000 aus einer graduierten Pipette laufen, bis beide Reagensgläser gleiche Farbe haben. Man erhält dann die gesamte Exsudatmenge V nach der Formel: $V = \frac{v \times 25}{n}$, wobei v die Menge der Pleura entnommenen Exsudatflüssigkeit, 25 die Milligramme Methylenblau, die in 10 cm³ der 2·5%igen Lösung in die Pleura injiziert wurden, n die Kubikzentimeter der verdünnten Methylenblaulösung bedeutet, die zur Schlußfiltration nötig waren. — Setti hat gefunden, daß die Methode in einer Reihe von Fällen recht exakte Resultate gab, wenn er gleich nach der Bestimmung die Gesamtmenge der Flüssigkeit durch Thorakenzentese entleerte: so wurden im Falle I durch die Bestimmung 1315 cm³, durch die Entleerung 1400 cm³ erhalten, im Fall II 2380 bezw. 2200, im Fall III 1724 bezw. 1800, im Fall IV 2500 bezw. 2400, im Fall V 1000 bezw. 950 cm³. — Die Bestimmung ist leicht, wenn die Pleuraflüssigkeit serös oder sero-fibrinös durchsichtig ist. Fibrinflocken, die sich intensiv färben, sind zu entfernen. In anderen Fällen allerdings läßt die Methode im Stich: so lieferte ein gelbgrünes sero-

fibrinöses Exsudat mit Methylenblau eine ganz unbrauchbare Zwischenfarbe; ein fibrinös-eitriges Exsudat ließ das Methylenblau sich nicht gut verteilen, rein eitrige Exsudate waren ganz unbrauchbar. — (Il Policlinico, Sez. med., Nr. 10, Okt. 1906.)

5. Um die katarrhalischen Geräusche in den Spitzen zur besseren Wahrnehmung zu bringen, empfiehlt Krönig die morgentliche Spitzen-Auskultation bei künstlicher Retention der Apikalsekrete. Letztere wird erzielt durch Verminderung bezw. Ausschaltung des starken Hustenkitzels durch reichliche Gaben von Morphium oder Codein in den Abend- und Nachtstunden. Dadurch wird das Sekret in den feineren und feinsten Spitzenbronchien für die auskultatorische Untersuchung festgehalten und ermöglicht, die wesentlichste auskultatorische Erscheinung des Katarrhs, die Rhonchi, sei es in feuchter, sei es in trockner Form, nachzuweisen. — (Med. Klin., Nr. 48, 1906.)

Heufieber. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Das Helmholtzsche Verfahren gegen Heufieber, modifiziert. Von Boesser, Chemnitz.

2. Ueber die Anwendung der Bierschen Stauungshyperämie gegen Heuschnupfen. Von Friedr. Müller, Heilbronn.

1. Von den modernen Mitteln gegen Heufieber ist keines ausnahmslos in jedem Falle wirksam. Es kommt dies wohl daher, daß, wenn auch das ätiologische Agens, so doch nicht der Verlauf der Symptome in jedem Falle der gleiche ist. Nun konnte Helmholtz, der bekanntlich selbst Heufieberpatient war, sich durch lokale Behandlung der Nase mit schwefelsaurem Chinin Linderung verschaffen. Die Affektion von Helmholtz gehörte zur Minderzahl der Fälle, nämlich zu denen, in welchen die Bindehaut frei bleibt, und nur die Nase befallen ist. In weitaus der Mehrzahl der Fälle beginnt der Anfall mit der Affektion der Bindehaut. Boesser hat festgestellt, daß in diesen Fällen eine örtliche Chinintherapie von der Bindehaut aus vorzügliche Resultate gibt. Er verwendet hiezu eine 1%ige Lösung von Kortizin, eines Präparats, das aus zwei Teilen Chinin. muriat. und einem Teil Coffein. pur. besteht, und so löslich ist, daß es sich schon in gleichen Teilen Wasser bei gelinder Wärme löst. Sobald das erste Jucken im Augenwinkel auftritt, werden einige Tropfen der Lösung eingeträufelt, worauf sich der Patient einige Minuten hinlegt. Es entsteht mäßiges Brennen und vermehrte Tränenabsonderung. Die kortizinhaltige Flüssigkeit fließt in die Nase und von dort in den Schlund, so daß alle Schleimhäute, von denen die Reflexsymptome des Heufiebers ausgehen können, außer der der Highmors-Höhle bespült werden. Nach 1—2 Minuten ist der Anfall vorüber; die Wirkung hält meist 4—6 Stunden an, oft noch länger; sie ist besonders wohltätig vor dem Schlafengehen, da dadurch das Reiben im Augenwinkel im Halbschlaf bei einem etwaigen Anfall vermieden wird. Bei sehr empfindlichen Heufieberpatienten muß man bisweilen schwächere Lösungen (1:1000) benutzen; für gewöhnlich sind jedoch die starken Lösungen am Platze. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 48, 1906.)

2. Müller hatte in einem Fall von Heuschnupfen Gelegenheit, die Stauungshyperämie zu verwenden. Bei der 21jährigen Patientin war im Jahr vorher Pollantin ohne wesentlichen Erfolg in Verwendung gekommen. Dieses Jahr hatten Nasenschleimhautmassagen mit ½%igem Mentholvaselinöl nach vorhergehender Kokainadrenalinapplikation nur für kurze Zeit (1—2 Tage) Erleichterung gebracht. Schon eine halbe Stunde nach Anwendung der Stauungshyperämie merkte Patientin Erleichterung, bezüglich Kopfdruck, Augentränen und Kitzelgefühl, und konnte leicht durch die Nase atmen; nach einer Stunde war sie beschwerdefrei. Erst am vierten Tage kam wieder ein leichter Anfall, worauf wieder die Staubinde verwendet wurde; es kamen noch zwei leichtere Anfälle, seitdem, d. h. seit vier Wochen, kein Anfall mehr. Die Methode verdient jedenfalls Nachprüfung. — (Therap. Monatsh., Sept. 1906.)

Darm.

1. **Natürliche Darmdesinfektion.** Von Moro, Graz. Ref. Einstein, Stuttgart.
2. **Wasserstoffsuperoxyd bei Darmverschluß.** Von Willy v. Muralt. (Aus der chirurg. Abteilung des Kinderspitals in Zürich.) Ref. F. Perutz, München.
3. **Die Hirschsprungsche Krankheit bei Erwachsenen.** Von Ernst Linck. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Ursachen, Symptome und Behandlung der Perikolitis.** Von D'Arcy Power. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Der Seifentampon in der Behandlung der habituellen Obstipation.** Von C. Colombo. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Die üblichen Darmantiseptika haben, wenn sie überhaupt wirksam sind, den Nachteil, daß sie nicht nur die pathogenen, sondern auch die nützlichen Darmbakterien schädigen. Man muß vielmehr versuchen, die normale Bakterienflora des Darmes zu guter Entwicklung zu bringen. Dazu dienen zwei Wege: 1. die Einführung nützlicher Bakterien per os oder per anum, die freilich nur bei großen Mengen wirksam ist, oder besser 2. die Veränderung des Darminhaltes zum Zweck der Schaffung eines Nährbodens für die nützlichen Bakterien des Darmes.

Der ersten Indikation dient die Verabreichung von jungen B. coli-Kulturen, die außerordentlich hemmend auf das Wachstum von Ruhr- und Typhusbazillen einwirken. Die Einführung geschieht am besten per Klysma in Agar, das bei 40° fest wird. Für den zweiten Weg eignen sich Gaben von Frauenmilch, welche eine rapide elektive Entwicklung der wenigstens in geringen Mengen stets im Darm vorhandenen nützlichen Bacterien bifidum zur Folge hat. — (Verh. d. Gesellsch. f. Kinderheilk.; 78. Kongr. D. Naturf. u. Aerzte, Stuttgart 1906.)

2. Wegen Darmlähmung bei einer vom gangränösen Appendix ausgehenden Peritonitis wurde drei Tage nach der ersten Operation die Enterostomie gemacht. Der äußerst bedrohliche Zustand besserte sich sofort, nachdem dem gestauten Darminhalt durch die Fistel Abfluß verschafft worden war. Doch gelang es auch jetzt noch nicht, durch Rektaleingießungen die Darmtätigkeit in Gang zu bringen. Erst die Einspritzung von 20 cm³ einer 2%igen Wasserstoffsuperoxydlösung ins Rektum führte zur gewünschten Entleerung. Muralt empfiehlt das Verfahren als absolut reizlos zur Nachprüfung.

(Auf Veranlassung des Referenten wurde es in einem ähnlich gelagerten Fall von Darmlähmung nach Appendizitis angewandt, ohne aber damit eine Entleerung zu erzielen.) — (Korrespondenzbl. f. Schweiz. Aerzte, Nr. 13, 1906.)

3. Die Hirschsprungsche Krankheit kann sich über viele Jahre erstrecken, in der Regel läßt jedoch ihr Beginn sich bis in die ersten Lebensjahre zurück verfolgen und ist somit wahrscheinlich auf eine kongenitale Anomalie des Darmes zurückzuführen. Fälle, bei denen der Symptomenkomplex erst im höheren Lebensalter zur Entwicklung gekommen ist, sind ziemlich selten. Den 18 Fällen, die Linck in der Literatur fand, fügt er einen eigenen aus der städtischen Krankenanstalt zu Königsberg i. Pr. hinzu. Die 66 Jahre alte Patientin war erst seit zirka zehn Jahren obstipiert, seit drei Wochen hochgradig; Darmspülungen förderten große Stuhlmengen zutage, so daß eine hochgradige Stenose nicht vorliegen konnte. In den letzten Lebensmonaten konnte man besonders deutlich mehrere stark geblähte Dickdarmschlingen nachweisen; die Diagnose wurde denn auch schon in vivo gestellt und durch die Autopsie erhärtet. Als ursächliches Moment einer solchen Darmdilatation glaubt Linck in erster Linie eine Fäkalstase in der Flexur annehmen zu sollen; die sich entwickelnden Gase sollen den darüber liegenden Darmabschnitt schließlich dilatieren, und dieser Prozeß soll allmählich nach oben fortschreiten. Die dilatierten Partien hypertrophieren sekundär. Die Diagnose wird in der Mehrzahl der Fälle mit größter Wahrscheinlichkeit zu stellen sein. Tumoren oder tiefsitzende Stenosen werden durch Romanoskopie auszuschließen sein, höher sitzende Stenosen durch Röntgen-Untersuchung mit Wismuth. Von Peritonitis und Perityphlitis unterscheidet sich die Affektion schon durch den chronischen Verlauf, von der habituellen Ob-

stipation durch die leicht festzustellende, sehr starke Dilatation der unteren Darmabschnitte. Die Prognose ist stets recht zweifelhaft. Therapeutisch sind blähende und viel Kot erzeugende Speisen zu meiden; man wird Stuhl durch häufig gewechselte Laxantien und hohe Einläufe erhalten, eventuell den Darm manuell ausräumen. Durch Massage und Elektrizität kräftigt man die Peristaltik. Häufen sich die Anfälle, so schreite man nicht zu spät zur Operation. Von den gesammelten Fällen sind sieben operiert worden; davon wurden fünf geheilt, bezw. gebessert. Für tief sitzende Fälle eignet sich die Kolopexie; die beste Operation ist wohl die Kolektomie. In verzweifelten Fällen bleibt uns die Anlegung eines Anus praeternaturalis. — (Diss., Königsberg 1906.)

4. An der Hand fremder und vier eigener Beobachtungen bespricht d'Arcy Power die Perikolitis. Sie ist zwar keine der gewöhnlichen Formen der Peritonitis, immerhin doch nicht allzu selten. Sie kommt sowohl am aszendierenden wie am deszendierenden Kolon vor; am Colon transversum ist sie sehr selten. Als Ursachen werden chronische Obstipation und Fremdkörper, Traumen und Ulzerationen der Kolonschleimhaut bezeichnet; Vf. sah zwei Fälle, die mit Schüttelfrost begannen und als Pyämie verliefen. Die Symptome sind nicht so charakteristisch, daß in jedem Fall die Diagnose leicht ist; neben Schmerz und Erbrechen kommt es zur Verdickung des Kolons, bei Abszeßbildung zu ausgeprägten Tumoren. Die Entzündung kann völlig schwinden, oder es bleibt eine ausgedehnte Verdickung der Kolonwand zurück, oder es kommt zur Eiterung, die meist retroperitoneal liegt. Die Behandlung beschränkt sich, wenn noch kein Abszeß da ist, auf Bettruhe, Einläufe, leichte Abführmittel und reizlose Kost (Fisch, Eier). Ist die Entzündung schon im chronischen Stadium ohne Eiterung, schreite man zur Massage. Bei Abszedierung tritt chirurgische Behandlung in ihr Recht. — (The Brith. Med. Journ., 3. Nov. 1906.)

5. Zur Behandlung habitueller Obstipationen, deren Ursache in den untersten Darmpartien liegt, empfiehlt Colombo die Einführung von Seifentampons, die man sich folgendermaßen herstellt: Man nimmt eine Rolle Bindegaze und formt sich daraus einen spindelförmigen Tampon, 6—7 cm lang, oben und unten spitz zugehend, in der Mitte mit einem Durchmesser von $1^1/_2$ bis 2 cm. An das eine Ende bindet man einen 50 cm langen, starken Faden an; die äußere Oberfläche des Tampons bestreicht man mit einer dicken Lage etwas angefeuchteter, weißer Seife. Man führt den Tampon in Knieellenbogenlage ein; nach 10—15 Minuten kommt es dann gewöhnlich zur Entleerung. Ist dies nicht der Fall, so zieht der Patient auf dem Kloset den Faden heraus, dem dann sofort der Stuhl folgt. Nur in ganz schweren Fällen ist es nötig, der Tamponeinführung einen Einlauf von 130—200 cm³ Seifenwasser mit der Spritze vorangehen zu lassen. — (Riv. crit. di Clin. med. Nr. 40, 1906.)

Gelenke.

1. Neue Gesichtspunkte über Gelenkerkrankungen. Von Prof. Howert Marsh, Cambridge. Ref. A. Haas, München.

2. Beitrag zum Studium der syphilitischen Arthropathien. Von L. Dominici. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

3. Ueber die Behandlung der Arthritis deformans coxae. Von Lorenz, Wien. Ref. Einstein, Stuttgart.

4. Rheumatismus, Rheumatosen und deren perkutane Behandlung mit 20% Salizylsapen-Krewel. Von Dr. Schalenkamp, Crombach. (Autorreferat.)

1. Marsh beschäftigt sich besonders mit denjenigen Gelenkerkrankungen, die man als chronisch-septische im weiteren Sinne bezeichnen kann und auf die in den letzten Jahren in Deutschland auch wiederholt hingewiesen wurde. Die Infektion erfolgt in der Weise, daß von einer kaum beachteten Infektionsquelle, z. B. einer kaum mehr nachweisbaren chronischen Gonorrhöe der Uretra, von einer Endometritis chronica, von eitriger Periostitis irgend eines Zahnes, ja von gewöhnlichen Hautexkoriationen aus Bakterien (Gonokokken, Streptokokken, Staphylokokken etc. etc.) in die Blutbahn gelangen und eine methastatische Gelenkentzündung veranlassen.

Diese Arthritiden befallen gewöhnlich nur ein Gelenk, nur in seltenen Fällen mehrere. Sie sind meist äußerst schmerzhaft, langwierig und beherrschen bei der häufigen Geringfügigkeit der Ausgangserkrankung das Bild. Verwechslung mit Tuberkulose und chronischem Gelenkrheumatismus ist sehr häufig.

Für den Arzt ist es um so wichtiger, bei allen derartigen Gelenkaffektionen nach einem Ausgangspunkt zu fahnden, als gewöhnlich durch eine gründliche Behandlung, eventuell Entfernung des Infektionsherdes, eine günstige Wendung der Gelenkerkrankung sich erzielen läßt, so daß man, wenn nicht bereits die bei solchen Arthritisformen keineswegs seltene fibröse Ankylosierung und Versteifung eingetreten ist, in mehreren Wochen Wiederherstellung normaler Gelenkverhältnisse erleben kann. Wird die Gelenkerkrankung ohne Berücksichtigung des primären Infektionsherdes behandelt, so wird der eben erwähnte Ausgang in Versteifung häufig beobachtet, umsomehr, als dabei das periarthikuläre Gewebe gewöhnlich stark infiltriert und beträchtlich verdickt wird, und auch das Periost der Nachbarknochen stark entzündlich wuchert.

Die Maßnahme, die man gegen die Arthritis selbst zu treffen hat, sind die gewöhnlichen; M a r s h hat insbesondere von der Heißluftbehandlung gute Resultate gesehen. — (Brit. med. Journ., 8. Dez. 1906.)

2. D o m i n i c i berichtet über zwei Fälle chronischer Gelenkschwellungen mit symmetrischer Lokalisation in großen Gelenken, bei der einen Patientin auch in einem Interphalangealgelenk, mit Besserungen und Verschlimmerungen einhergehend. Es bestand fluktuierende Schwellung, nur geringe Entzündungserscheinungen, nächtliche Exazerbation der Schmerzen, Integrität der Gelenkenden. Die Gelenkflüssigkeit war steril, enthielt reichliche, besonders polynukleäre Leukozyten, Tuberkulin bewirkte keine Reaktion. Im einen Falle bestanden ganz geringe abendliche Steigerungen, im zweiten solche bis 38·5 unter Schüttelfrost; jener Fall war von vornherein chronisch, dieser hatte akut eingesetzt. Da mit ziemlicher Sicherheit in beiden Fällen alles andere ausgeschlossen, in beiden Lues in der Anamnese war, wurde eine spezifische Kur eingeleitet, die im ersten Falle Heilung, im zweiten bis jetzt zwar noch nicht völlige Heilung, aber doch schon weitgehende Besserung brachte. — Irgendwelches spezifische Symptom für eine luetische Gelenkerkrankung gibt es nicht, und bis die spezifischen Erreger in der Gelenkflüssigkeit nachgewiesen sind, wird es bei einer Exklusionsdiagnose und einer Diagnose ex juvantibus bleiben. Ein Zweifel in dem wirklichen Vorkommen luetischer Arthropathien, wie ihn noch manche Autoren hegen, ist jedenfalls unberechtigt. — (Il Policlino Sez. chir., Nr. 9, 1906.)

3. Arthritis deformans kommt durchaus nicht bloß im höheren Alter, sondern nicht selten bei relativ jungen Leuten vor. Gerade bei diesen ist eine etwas aktivere Behandlung am Platz. L o r e n z stellt das Gelenk einfach ruhig, um das schmerzhafte und zur deformierenden Entzündung reizende Reiben der Gelenkflächen aneinander zu vermeiden. Die Fixation erfolgt am besten in der Stellung, bei welcher das Gelenk die größte Festigkeit gegenüber der Belastung besitzt, d. h. in leichter Hyperextension und Abduktion des Beines, wobei die starken Bänder an der Vorderseite des Hüftgelenks angespannt werden und die Last des Körpers tragen helfen. Das nicht behandelte erkrankte Gelenk befindet sich fast immer in derjenigen Stellung, in welcher es die geringste innere Festigkeit gegen Belastung hat: in Beugung und Abduktion. Diese Stellung muß also vor der Fixation korrigiert werden (Inversion), und zwar auf unblutigem Wege. Nur bei vollständig solider Versteifung in falscher Stellung muß die Korrektion mittels der linearen Knochentrennung vorgenommen werden. Resektion des Hüftgelenks und andere eingreifende Operationen sind zu verwerfen.

Durch die Fixation des Gelenks kann das Bein wenigstens ohne Schmerzen der Funktion des Lasttragens dienen. Bei älteren Patienten muß man sich oft damit begnügen, die Schmerzen durch Fixieren



des Gelenks in der falschen Stellung oder durch vorübergehende Entlastung desselben zu stillen.

4. Schalenkamp findet zwischen den beiden im Titel genannten Krankheitsgruppen einige verwandtschaftliche Beziehungen, die ihn berechtigen, die beiden zusammen zu besprechen. Dies sind: 1. die Einwirkung feuchter Kälte als veranlassendes Moment, 2. eine Art elektiver Kräfte, die eine eigenartige, plötzlich auftretende Schmerzhaftigkeit und Steifigkeit einzelner Körperteile hervorrufen, mit ausgesprochenen Prädilektionsstellen und 3. die ans Experiment grenzende Reaktion auf die Salizylsäure. Er stellt im weiteren Verfolg die Behauptung auf, daß die echten Rheumatismen als Schädigungen vorwiegend des peripherischen (vasomotorischen) Nervensystems, die Rheumatosen dagegen als Schädigungen sowohl dieses wie auch des zentralen (vasomotorischen) Nervensystems aufzufassen seien. Er kommt dann zu folgendem Schema:

A. Infektiöse Formen:

1. Akuter Gelenkrheumatismus: Polyarthritis acuta rheumatica;

2. akuter Pseudo-Gelenkrheumatismus: Polyarthritis acuta pseudorheumatica rheumato-pyaemica (Ausscheiden aller Rheumatoiden);

3. subakute Formen und chronische Formen von 1 und 2.

B. Nichtinfektiöse Formen:

1. Infolge konstitutioneller Veränderungen im Zentralnervensystem hervorgerufen, z. B. Arthritis deformans,

2. infolge konstitutioneller Veränderungen im peripherischen Nervensystem hervorgerufen:

a) im vasomotorischen (Lumbago, Torticollis, Pleurodynie u. a.),

b) im sensibeln (Neuritis, Neuralgien u. a.).

Daß in allen Fällen die Vasomotorengruppen hauptsächlich in Mitleidenschaft gezogen sind, daß von diesen Gruppen auch die eigenartigen, als rheumatisch sich kennzeichnenden Beschwerden sich herleiten, weist er in dem zweiten Teile der Arbeit nach, worin er die Pharmakologie und Pharmakodynamid der Salizylsäure bespricht. Wenn auch die Salizylsäure an sich, die infolge der Kohlensäurespannung in den Geweben frei wird, bakterizid bezw. entzündungswidrig zu wirken in geringem Maße befähigt ist, so sind doch eine Anzahl Forscher, darunter Menzer, Přibram, Köhler, Moeli und Huber in der Beurteilung ihrer Vasomotorenwirkung einig. Die Salizylsäure erweitert die peripherischen Blutgefäße, sie bedingt dadurch ein erleichtertes Abschwellen der Gewebe, einen verminderten Druck auf die sensibeln Nerven, eine Abnahme der Schmerzhaftigkeit. Schalenkamp speziell ist der Ansicht, daß die perkutane Salizylapplikation die in den Gefäßwänden sitzenden Ganglienzellen angreift. Nach seiner Erfahrung mit dem 20%igen Salizylsapen-Krewel tritt die Wirkung auf die lokalen rheumatischen Affektionen und den Sitz der Rheumatosen bei der perkutanen Applikation dieses Mittels rascher und prompter ein, wie bei der internen Medikation der Salizylate und völlig ohne Nebenerscheinungen. Die perkutane Behandlung rheumatischer Zustände, von Bourget (1893) inauguriert, hat zurzeit ihre Hauptvertreter unter den Präparaten in den Estern der Salizylsäure, Mesotan, Salin, Salit, Rheumasan und dem neuen, von Krewel & Cie. in Köln (Rhein) in den Handel gebrachten 20%igen Salizylsapen, einer flüssigen Seife, die 20% Salizylsäure aufzunehmen vermag. Der Wert des 20%igen Salizylsapen-Krewel gegenüber den Estern beruht zunächst in seiner rascheren Wirkung, die bei rheumatischen Affektionen nicht im Stiche läßt und oft unter der reibenden Hand auftritt; der Grund hiefür findet sich einerseits in der leichteren Wasserlöslichkeit, anderseits in der leichteren Durchgängigkeit durch tierische Membranen. Es fehlen aber auch bei der Anwendung des 20%igen Salizylsapen-Krewel alle jene Reizerscheinungen, die bei den Estern bekannt und gefürchtet sind. Schließlich spielt auch die Preisfrage eine Rolle, besonders für die Kassenverordnung. Es kosten beispielsweise 50 g 10%iger Salizylsalbe mit Vasel. alb. Mk. 1·15, 20 g Mesotan Mk. 3·05, 16 g

20%iger Salizylsapen-Krewel, welches obigen Dosen gleichwertig ist, Mk. 0·53. (20%iges Salizylsapen-Krewel wird in Originalflaschen à 30 g zu Mk. 1 abgegeben.) Die prompte Resorption ließ sich bei dem 20%igen Salizylsapen-Krewel durch die Harnprüfung leicht nachweisen, wobei es sich herausstellte, daß dasselbe von der Einreibungsstelle aus gewissermaßen als Depot wirkte, da noch drei Tage nach der letzten Einreibung sich die Salizylsäure im Harn nachweisen ließ. Den Schluß der Arbeit bildet eine Aufstellung der behandelten 135 Fälle, darunter sechs von akutem Gelenkrheumatismus. Vf. empfiehlt mit Rücksicht auf die Nebenwirkung der internen Salizyldarreichung, alle fieberhaften Fälle von akutem Gelenkrheumatismus neben sparsamster interner Salizylgabe mit der perkutenen Behandlung und nach der Entfieberung nur mit der perkutanen Behandlung zu heilen, alle fieberlosen Fälle aber von vornherein nur perkutan zu behandeln. Alle Rheumatosen soll man jedenfalls perkutan angreifen, da sie sofort reagieren. Er rät hiebei, das 20%ige Krewelsche Salizylsapen in Anwendung zu ziehen, da es alle Eigenschaften eines brauchbaren Medikaments hat: Reizlosigkeit, prompte Wirkung und für Kassenverordnungen passenden Preis. — (Ther. Monatsh., Nr. 12, 1906.)

Serotherapie.

1. **Starrkrampfserumbehandlung.** Von Dr. Riedl, Bad Ullersdorf (Mähren). Ref. A. Haas, München.
2. **Das Antistreptokokkenserum in der ärztlichen Praxis.** Von Stabsarzt Dr. Menzer, Halle.*)
3. **Ueber die Behandlung des Wochenbettfiebers mit Paltaufschem Streptokokkenserum.** Von Dr. Otto Burkard. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
4. **Operative und Serumbehandlung bei puerperaler Sepsis.** Von Dr. Mc. Murthry, Kentucky. Ref. G. Wiener, München.

1. Riedl berichtet über einen Fall von günstig verlaufener Tetanusinfektion. Im Anschluß daran plaidiert er für häufige und hohe Gaben des Serums (er gab an einem Tage 280 A. E. !), ferner für intraspinale Infusion des Antitoxins, die er der subkutanen und besonders die intravenösen Injektion weit überlegen hält. Wichtig bleibt nach wie vor die möglichst baldige Auffindung und radikale Entfernung des Infektionsherdes. — Der Fall erscheint deshalb besonders beweisend für die Wirksamkeit des Serums, weil der bereits bedeutend gebesserte Zustand des Kranken sich rapid verschlimmerte, als aus äußeren Gründen einen Tag eine Injektion von Serum nicht gemacht werden konnte, und sich bei wieder aufgenommenen Injektionen das Befinden bald wieder hob. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr, 9, 1906.)

2. Menzer sagt über die Ausführung der Streptokokkeninjektion am Krankenbett folgendes:

Was zunächst die Auswahl der Injektionsspritze anbetrifft, so empfehle ich auskochbare Spritzen von 5—10 cm³ Inhalt. Es lassen sich mit solchen Spritzen auch größere Serum-Mengen von 20—30 cm³ injizieren, wenn zwei Kanülen in Gebrauch gezogen werden und die eine, während die andere in der Haut stecken bleibt, zum Aufziehen der weiteren Serum-Mengen benützt wird. Als Stempel für die Spritzen wende ich meist Duritstempel an, welche auch bei häufigem Auskochen gut haltbar sind. Selbstverständlich sind die ganz aus Glas hergestellten Spritzen oder auch solche mit Metallstempel ebenfalls sehr empfehlenswert. — Ich gebrauche jetzt meist mittelstarke Platinkanülen für die Seruminjektionen, da diese, wenn auch teuerer als die gewöhnlichen Kanülen, nicht rosten und den höheren Preis durch lange Haltbarkeit reichlich einbringen.

Für die gewöhnlichen, subkutanen Seruminjektionen ist eine ausgiebige Desinfektion meiner Erfahrung nach nicht erforderlich, ein Abreiben mit einem Alkohol- oder Aether-Wattebausch ist völlig genügend, nur bei intra- oder periartikulären Injektionen führe ich sorgfältige Desinfektion der Haut aus. Als Injektionsstelle empfehle ich in erster Linie die Außenseiten beider Oberschenkel,

*) Vgl. Autorreferat im Jahrgang 1906, S. 259: Fromme, Prophylaktische und therapeutische Anwendung des Antistreptokokkenserums.

dann die Haut der Oberarme und diejenige der Intraklavikulargruben. Die Injektion ist möglichst tief in das subkutane Fettgewebe auszuführen.

Bei jeder Seruminjektion überzeuge ich mich durch Abnehmen der Spritzen davon, daß die Kanüle nicht in einer Vene steckt. Es ist diese Vorsichtsmaßregel durchaus notwendig, da besonders bei Patienten, welche mit Serum längere Zeit behandelt worden sind, sehr üble Zufälle (allgemeine Zyanose, Atemnot, Präkordialangst u. s. w.) bei Injektion des Serums in die Blutbahn (Präzipitinbildung) auftreten können. Größere Serummengen injiziere ich sehr langsam und mache nach Einspritzung der ersten 1—2 cm³ eine Pause von ½—1 Minute, um mit Sicherheit das Uebertreten größerer Serummengen direkt in die Blutbahn zu vermeiden. Die zeitweise von anderer Seite (Aronson) empfohlene intravenöse Injektion von Streptokokkenserum muß ich auf Grund meiner Erfahrungen unbedingt verwerfen. Einen Verschluß der Einstichöffnung durch Kollodium und Watte u. dgl., wie er z. B. im Prospekt des Aronsonschen Serums empfohlen wird, halte ich für unzweckmäßig. Es tritt bei einzelnen Personen eine lokale Schwellung an der Injektionsstelle auf, und es entsteht nicht selten dann ein lästiges Spannungsgefühl in der mit Kollodium abgeschlossenen Haut. Ich empfehle nach der Injektion einen Umschlag mit Bleiwasser oder verdünnter essigsaurer Tonerde auf die betreffende Hautstelle zu legen und diesen mit wasserdichtem Stoff und einer locker befestigten Binde abzuschließen.

Bei der länger dauernden intermittierenden Serumbehandlung habe ich häufig die Beobachtung gemacht, daß Patienten, welche anfänglich keinerlei Schwellung an den Injektionsstellen zeigten, im Verlauf der akuten Behandlung ständig zum Teil sehr erhebliche und ausgedehnte Schwellungen bekamen. Es ist dies ein Vorgang, der die Weiterbehandlung sehr erschwert und in vereinzelten Fällen unmöglich macht. Er ist wohl durch Präzipitinbildung zu erklären, da diese Schwellungen meist erst auftreten, wenn die Gesamtmenge des intermittierend injizierten Serums 100 cm³ und darüber beträgt und anzunehmen ist, daß das menschliche Blut dem betreffenden tierischen Eiweiß gegenüber Präzipitine gebildet hat. Ein Mittel der Abhilfe gegen diese, die intermittierende Serumbehandlung erschwerenden Anschwellungen der Injektionsquellen besitzen wir leider noch nicht.

Schlußsätze: 1. Die Wirkamkeit eines Streptokokkenserums in der menschlichen Therapie gründet sich nur auf die in ihm enthaltenen Antikörper gegen frisch von menschlichen Infektionen gezüchtete Originalstreptokokkenstämme. 2. Ein exakter Prüfungsmodus für ein solches Serum ist noch nicht gefunden. Die Prüfung gegenüber Tierpassagestämmen (Aronson, Rupel) ist keine für die menschliche Therapie beweiskräftige Prüfung. Die Prüfung des Streptokokkenserums am Krankenbett ist, so unvollkommen sie auch ist, doch dem anderen Prüfungsmodus unbedingt überlegen. 3. Das Streptokokkenserum muß bei akuten Streptokokkeninfektionen frühzeitig und in größeren Dosen angewendet werden. 4. Das Streptokokkenserum ist kontraindiziert bei verschleppten Streptokokkeninfektionen (zu große Toxinbelastung, eventuell chirurgische Eingriffe). 5. Seine Anwendung bei Endokarditis, Perikarditis, Pleuritis u. s. w. ist teils kontraindiziert, teils nur unter bestimmten Bedingungen zulässig. 6. Die Serumbehandlung chronischer Streptokokkeninfektionen muß eine intermittierende und von kleinen Dosen an aufsteigende sein. 7. Die prophylaktische Anwendung von Streptokokkenserum ist zu empfehlen bei operativen geburtshilflichen und chirurgischen Eingriffen, welche erfahrungsgemäß leicht zu Streptokokkeninfektionen führen, ferner bei Fieber während der Geburt. Auch die prophylaktische Injektion zur Verhütung der Scharlachansteckung dürfte zu versuchen sein. — (Berl. Klinik Nr. 216, 1906.)

3. Seit 1904 werden an der Grazer geburtshilflichen Klinik schwere Puerperalfieberfälle mit dem Paltaufschen Streptokkokenserum behandelt, im ganzen 50 Fälle, von denen 48 puerperalen Ur-

sprungs sind. Das Paltaufsche Serum ist ein polyvalentes Serum und stammt von Pferden. Als Wirkung der Injektion ließ sich ein gesteigerter Verbrauch und Untergang neutrophiler Leukozyten beobachten. Das Serum wurde 3—4 Tage nach dem Einsetzen des Fiebers injiziert, wenn die Anwesenheit der Streptokokken festgestellt war. Die Injektion erfolgte anfangs in die Infraklavikulargrube, später ausschließlich in die Vorderseite des Oberschenkels 100 cm³ auf einmal. Daneben wurden intrauterine Ausspülungen mit Alkohol verabfolgt; belegte Geschwüre, besonders solche der Portio, wurden mit Jodtinktur oder Wasserstoffsuperoxyd behandelt. Ebenso fanden Einpackungen, hydropathische Umschläge und der Eis-Kühlapparat häufige Anwendung. Antipyretika wurden nicht gegeben, Scheidenspülungen wurden lange fortgesetzt. Als Nebenwirkungen der Serumbehandlung zeigten sich juckende, urtikariaähnliche Ausschläge, zuweilen Gelenkschmerzen. Unter 29 reinen Streptokokkenfälle befindet sich kein Todesfall. Letal endigten sechs Fälle (zwei Misch-, zwei Nichtstreptokokkeninfektionen und zwei bakteriologisch unklare Fälle). Die gewonnenen Erfahrungen stimmen mit den von Peham gemachten überein: Durch Streptokokkeninfektion veranlaßte Puerperalerkrankungen, selbst schwerster Art, scheinen durch die Verabreichung von Paltaufschem Serum beeinflußt zu werden. Die Wirkung hängt ab von einer möglichst frühen Verabreichung verhältnismäßig großer Dosen. Bei lange dauernden Erkrankungen oder bei schon bestehenden schweren Organläsionen ist das Serum wirkungslos und möglicherweise schädlich. — (Arch. f. Gynäkol., Bd. 79, H. 3.)

4 Murthry warnt vor dem Gebrauch der Kurette. Dieselbe sei nur indiziert, wo Reste im Uterus zurückgeblieben sind, die weder durch den Finger, noch durch Salzwasserspülungen entfernt werden können. Nach dem Kurettement sollte eine intrauterine Ausspülung von Kochsalz gemacht werden. Sublimat und Karbol seien gänzlich zu verwerfen. Bei virulenter Infektion, besonders durch den Streptokokkus, soll der Uterus entfernt werden. Doch will der Vf. die Hysterektomie nicht stets angewendet wissen, da sie nur indiziert ist, so lange die Infektion auf den Uterus selbst beschränkt bleibt.

Vaginale Inzision und die Anwendung von antiseptischen Agentien zeitige ebenfalls keine besonders günstigen Resultate. Auch das Marmoreksche Antistreptokokkenserum versage in vielen Fällen. — (The Brit. Med. Journ., 3. Nov. 1906.)

Schlafmittel.*)

1. **Ueber die Verwendung von Isopral in der Geburtshilfe und Gynäkologie, zugleich ein Beitrag zur rektalen Narkose.** Von Dr. Dünnwald. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
2. **Einiges über Malonal.** Von Max Dobrschansky. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Ueber Proponal.** Von Montagnini. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Selbst größere Gaben von Isopral, per rectum gegeben, haben keine ungünstigen Wirkungen auf das Nervensystem. Sie bewirken eine Herabsetzung der Frequenz, Stärke und Schmerzhaftigkeit der Wehen, disponieren nicht zu Nachblutungen. Sie sind geeignet, geburtshilfliche Operationen, wie Kolpeuryse, Metreuryse, Bossi, schmerzlos zu machen. Die Wirkung in Form einer Halbnarkose tritt nach zirka 1 Stunde ein. Dünnwald empfiehlt, die rektalen Injektionen, ferner Allgemeinnarkosen vorauszuschicken, da dadurch der Verbrauch der Narkotika sehr herabgesetzt wird. Technik: Mit einer Kolpeurynterspritze, die mit einem 12 cm langen Schlauch armiert ist, werden in Seitenlage oder Beckenhochlagerung hoch ins Rektum injiziert: 6—10 g Isopral, in 6—8 cm³ Aether gelöst, und diese Lösung mit 55% Alkohol auf 100 cm³ aufgefüllt. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48, 1906.)

2. Neuerdings bringt die chem. Fabrik Attisholz bei Solothurn unter dem Namen Malonal ein Präparat in den Handel, das in der Wiener I. psychiatrischen Klinik eingehend erprobt wurde. Die Versuche

*) Siehe auch „Therapeutische Neuigkeiten“ in dieser Nummer.



waren schon abgeschlossen, als von dem Direktor genannter Fabrik eine Broschüre erschien, die das Malonal als völlig identisch mit dem Veronal erklärt. Chemisch mag dies sein, in ihren Wirkungen sind beide Mittel jedenfalls nicht identisch. Vielleicht ist der Grund hiefür eine verschiedene Herstellungsweise, für die auch der weit billigere Preis des Malonals (1 g = 11 h gegen 21 h beim Veronal) spricht. Ohne beträchtlich besser schlafmachend zu wirken, ist Malonal toxischer als Veronal; es hat einen entschieden größeren Einfluß auf die motorische Zone und wirkt stärker kumulativ. Die letale Dosis beträgt 0·3 Malonal pro Kilogramm Tier; bei einem Menschen von 70 kg würde sie also 20 g betragen (bei Veronal zirka 60 g). Das Medikament wurde den Kranken meist in Oblaten gereicht, aber auch gerne ohne solche genommen. Es wurde in 64 Fällen gegeben, akuten und chronischen Psychosen, bei denen es teils Insomnie, teils motorische Unruhe und Erregungszustände bekämpfen sollte. Gewöhnlich genügte die Dosis 0·5, um Schlaf zu erzeugen, mit 1·0 gelangte man fast immer zum Ziel. Der Schlaf trat $^1/_2$—$1^1/_2$ Stunden nach Darreichung ein und war ruhig. Ein Teil der Fälle war morgens frisch; andere, meist hinfällige Paralytiker und Senile, waren hochgradig schlaftrunken. Wurde bei diesen mit der Darreichung fortgefahren, so kam es nach einem Verbrauch von 2 bis 4 g zu Gehstörungen und schließlich zu völliger Unfähigkeit, zu stehen. Doch genügte das Weglassen des Mittels, um mehr oder weniger rasch eine restitutio ad integrum zu veranlassen. Hie und da blieben bei denselben Patienten nach einer Pause von zirka 14 Tagen bei erneuter Darreichung die Störungen weg. Zu therapeutischen Zwecken wurde diese Wirkung benützt bei katatonen und paralytischen Erregungszuständen, und zwar gelangten hier größere Dosen (zweimal täglich 0·5 bis 1·0) zur Anwendung, worauf meist nach 1—$1^1/_2$ Stunden die Unruhe nachließ. Eine schädliche Wirkung wurde davon nie gesehen; Vergiftungen kamen nie vor, wohl aber ein Fall von Veronalvergiftung, der bei der „Identität" beider Präparate auch beim Malonal zur Vorsicht mahnt. — (Wien. med. Presse Nr. 42, 1906.)

3. Montagnini hat Proponal in 200 Fällen verwendet, in Form der Merckschen Tabletten von 0·1, in heißem Wasser gelöst, oder in Pulverform. Der Schlaf trat zirka $^1/_4$ Stunde nach der Darreichung ein und dauerte 4—11 Stunden; er war tief, aber ruhig. Beim Erwachen war der Patient meist frisch; hie und da allerdings blieb auch für einige Zeit Somnolenz oder eingenommener Kopf zurück; Erbrechen war sehr selten. Angst- und Erregungszustände bei Geisteskranken wurden nicht gemildert; vielmehr schien das Mittel manchmal sogar den Reizzustand der Hirnrinde zu vermehren. Die Wirkung des Proponals schwächt sich bei häufiger Darreichung ab. Bei Frauen, die an Hypnotika nicht gewöhnt waren, genügten 0·3—0·5 zur Herbeiführung eines ruhigen Schlafes; in schweren Fällen muß man bis 0·6 gehen. — (Riv. Ven. di Scienze Med.; Gazz. degli osped., 28. Okt. 1906.)

Zur Nachbehandlung akuter Anämien. Von N. Chinati, Wien. Ref. Einstein, Stuttgart.

Vf. versuchte bei akuten Anämien und sonstigen anämischen Zuständen mit gutem Erfolg die aqua ferro calcea (Terlik), ein anorganisches Eisenpräparat von folgender Zusammensetzung:

3% Ferr. pyrophosphoric.
2% Calc. phosphor.
20% aromatischen, mit $38^1/_3$% Spirit. Vini Cognac versetzten Spiritus.
5% Glycerin. puriss.
70% Aqu. dest.

Die Dosis ist dreimal täglich 1 Eßlöffel. Das Mittel schmeckt angenehm und wird gut ertragen. — (Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr. 11, 1906.)

Physikalische Therapie.

Ueber den Namedy-Inselsprudel. Von Oskar Liebreich. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Der Namedy-Inselsprudel wurde 1902 auf dem Namedyer Werth bei Andernach, wo sich starke Kohlensäureentwicklung zeigte, durch Bohrung zutage gefördert; er tritt jedoch nicht kontinuierlich, son-

dern in zirka dreistündlichen Eruptionen zutage. Die Quelle hat eine nicht gerade häufig vorkommende Zusammensetzung. Sie ist ein alkalischer Säuerling, der jedoch an Kalk etwas mehr, an Magnesia das Dreifache der Fachinger Quelle enthält. Sein Alkaligehalt ist geringer als der des Vichywassers. Der CO_2-Gehalt ist nicht übermäßig. Das Wasser löscht im Gegensatz zu anderen, Mittelsalze enthaltenden Wässern sehr gut den Durst; es ist schleimlösend und vermehrt die harnsäurelösende Fähigkeit des Urins; es wirkt günstig auf Hyperaziditätsbeschwerden und ist am Platz bei Durchfällen, bei denen das Bedürfnis nach Durststillung hoch ist. Günstig ist die Wirkung auf den ganzen uropoetischen Apparat; auch bei Kalkkonkrementen in der Blase ist es indiziert. Die darin enthaltenden doppelkohlensauren Salze wirken als milde Diuretika. Ein Antidiarrhoikum schlechthin ist das Wasser zwar nicht; doch wird es bei akuten Dünndarmkatarrhen, in kleinen Mengen öfter getrunken, wohltätig empfunden werden. — (Therap. Monatsh., Juni 1906.)

Der Namedy-Inselsprudel. Von Merzbach. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. hat den Inselsprudel versucht bei: 1. Verschiedenen Formen der Neurasthenie und Anämie (Agrypnie, Superazidität, Pollutionen etc.), 2. verschiedenen Formen der Lues, teils zur Alkoholvermeidung, teils als Vehikel für Jod, 3. Gicht, 4. Diabetes, 5. Adiponitas, 6. Urogenitalerkrankungen (Zystitis, Nephritis, Gonorrhöe, Prostatahypertrophie etc.). Er war in jeder Beziehung mit dem Wasser zufrieden; selbstverständlich darf man keine spezifischen, ins Auge springenden Wirkungen verlangen. — (Fortschr. d. Med., Nr. 17, 1906.)

Heilung der Osteomalacie durch Herbeiführung einer Atrophie der Ovarien durch Röntgen-Strahlen. Von A. Ascarelli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die Tatsache, daß die Röntgen-Strahlen auf die männlichen wie die weiblichen Genitaldrüsen im Sinne einer Atrophie einwirken, suchte sich Vf. in einem schweren Falle von Osteomalazie zunutze zu machen, indem er den Versuch machte, die Ovarien, anstatt sie durch Laparotomie zu entfernen, durch Bestrahlung außer Funktion zu setzen. Die Kranke wurde streng im Bett gehalten und der regelmäßigen Bestrahlung unterworfen; nach zirka zwei Monaten trat langsame Besserung ein, wobei die Menses reichlich, unregelmäßig und schmerzhaft wurden. Nach fünf Monaten war die Kranke völlig geheilt, die Menstruation verschwunden. In den verflossenen fünf Monaten ist kein Rückfall eingetreten. — (Soc. Lanc. d. osp. di Roma, Il Morgagni Riv., Nr. 24, 1906.)

Chirurgie.

Appendizitis.

1. **Klinisches über Appendizitis.** Von Gustav Singer. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Ueber Appendizitis.** Von Dr. Th. Wette. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
3. **Zur internen Behandlung der Perityphlitis.** Von R. Zollikofer. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Behandlung der Appendizitis und verwandter Darmstörungen durch hohe Einläufe.** Von B. Palmer, Burrons (Lindsay, Ont). Ref. A. Haas, München.
5. **Appendizitisoperationen ohne Appendizitis.** Von Dieulafoy, Paris. Ref. F. Perutz, München.
6. **Zur Frage der Rezidive nach Blinddarmentzündung.** Von Dr. Karrenstein. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. Häufig verlaufen Fälle von „Appendicitis larvata“ unter dem Bilde eines Ulcus ventriculi. Dies geschieht besonders dann, wenn der Appendix nach links oben geschlagen und so der Magengegend genähert liegt. Praktisch sehr wichtig ist auch die Verlagerung des Appendix nach hinten hinter das Cökum; die Schmerzpunkte finden sich dann in der Lende, am Rücken etc.; die Fälle sind prognostisch schon deshalb günstig, weil die Entzündung retroperitoneal abgesackt ist. — Mannaberg hat jüngst auf die Akzentuation des II. Pulmonaltons als Symptom der Appendizitis aufmerksam gemacht. Singer hat auffallend oft ein von Gerhardt angegebenes Symptom,

rechtsseitige Pleuritis sicca, als Begleiterscheinung einer Appendizitis gesehen. Die Leukozytenzählung ist nicht als sicheres Kriterium dafür zu betrachten, ob Eiter da ist oder nicht; Singer hat gerade in letzter Zeit schwerste Eiterungen bei geringer oder mäßiger Leukozytenzahl gesehen. Auch die Ehrlichsche Jodreaktion, so vielversprechend sie schien, versagt in den entsprechenden Fällen.

Wird eine Appendizitis sich selbst überlassen, so sieht man bei leichteren Fällen gar nicht selten eine Resorption des Exsudats, eine Involution des Appendix. In schweren Fällen tritt ein Latenzstadium ein, das zu Rezidiven führen kann. Nicht entleerte Abszesse perforieren häufig in Blase, Darm oder die Peritonealhöhle; retrozökale Eiterungen können zu paranephritischen und subphrenischen Abszessen führen, in die Lunge durchbrechen u. s. w.

Bei der inneren Behandlung ist in letzter Zeit das Opium etwas in den Hintergrund gedrängt worden, da es trügerische Euphorie erzeugt. Bourget berichtet über günstige Resultate bei Behandlung mit Opium, Ruhe, hohen Einläufen und inneren Antisepticis (Salazetol). Nach Ansicht der Chirurgen befördert möglichste Beschränkung der Nahrungszufuhr die Absackung des Herdes.

Was die Resultate der inneren Behandlung anlangt, so schwankt in den Statistiken die Zahl der geheilten Fälle zwischen 78% und 95·5%. Bei den operativen Fällen hat Renvers 6% Mortalität gefunden. Sahli hat in einer Sammelstatistik der Schweizer Aerzte 7213 Fälle zusammengestellt, von denen 473 operiert, 6740 nicht operiert wurden. Von letzteren starben 8·8%, geheilt wurden 91·2%. Von 4593 Fällen, über deren Schicksal Nachricht erhalten werden konnte, waren 3635 Jahre hindurch rezidivfrei geblieben. Vergleicht man diese Zahlen mit den chirurgischen Sammelstatistiken, so sieht man jedenfalls, daß ein krasser Unterschied nicht besteht. Es macht auch den Eindruck, als ob die Chirurgen nicht mehr auf ganz so radikalem Standpunkt stehen als früher. Daß man eine septische Appendizitis sofort operieren muß, ist klar; die Prognose bleibt allerdings auch da schlecht. Bei der eitrigen Appendizitis operieren die Chirurgen jetzt meist, wenn sie den Fall in den ersten 48 Stunden in die Hand bekommen, nachher wartet man besser zu. Bei der einfachen Appendizitis ist die Frühoperation gefährlicher als Abwarten; hier kommt lediglich eine Operation à froid in Betracht. Die Schwierigkeit besteht allerdings darin, zu erkennen, welche Form der Appendizitis vorliegt, und diese Frühdiagnose möglichst vollkommen zu gestalten, muß unser Ziel sein. — (Wien. klin. Rundsch., Nr. 38, 1906.)

2. Wette ist unbedingter Anhänger der Frühoperation; als früh operiert sind diejenigen Fälle zu bezeichnen, die möglichst schnell nach Feststellung der Diagnose operiert werden. Wette unterscheidet die Appendicitis simplex und Appendicitis destructiva; letztere entwickelt sich in der Regel auf dem Boden einer akuten einfachen Appendizitis; eine wesentliche Rolle bilden hiebei die Kotsteine. Einen Einfluß der Fleischnahrung will Wette nicht gesehen haben, wohl aber einen solchen von Influenza und Pneumonie; in einem Falle handelte es sich um eine von einem septischen Karbunkel verschleppte Infektion des Wurmfortsatzes. Selten sind Fälle nach äußerer Gewalteinwirkung auf das Abdomen. Die Appendicitis simplex besteht in einem Katarrh der Schleimhaut des Wurmfortsatzes mit Schwellung und Auflockerung desselben und in sehr vielen Fällen mit punkt- oder strichförmigen Hämorrhagien. Wette erwähnt weiter die Strikturen des Wurmfortsatzes, die Bildung von Hydrops und Empyem destructiva. Die Frühoperation fördert Wurmfortsätze zutage, die die verschiedensten Grade der Entzündung zeigen. Einfache seröse Durchtränkung des Organs wechselt ab mit totaler Gangrän, ohne daß oft die geringsten Vorboten eine vorhergehende Entzündung angezeigt hätten. Die Reaktion der Umgebung des Wurmfortsatzes ist bei der destruktiven Form natürlich schwerer als bei der einfachen Durchtränkung des Organs; sie wird umso intensiver, je später der Ein-

griff erfolgt. Schmerzen in der Unterbauchgegend bis Nabelhöhe, die plötzlich ohne Vorboten auftreten, verbunden mit Brechneigung und Ansteigen des Pulses auf 96—100—110, machen eine Appendizitis wahrscheinlich. Temperatursteigerung kann fehlen. Der Anwesenheit eines Ileocökaltumors ist keine Bedeutung beizulegen. Die diffuse Schmerzhaftigkeit des Abdomens lokalisiert sich bald an der typischen Stelle. Wette legt großen Wert auf die Druckempfindlichkeit und die Pulsbeschleunigung im Zusammenhange mit einer gewissen Schwere des Allgemeinzustandes. Jeder akute Anfall von Appendizitis bedarf sofortiger chirurgischer Behandlung, da man die Folgezustände nie richtig abschätzen kann. Die klinischen Symptome können mit dem anatomischen Befunde harmonieren, anderseits aber auch in auffallendem Kontrast zu demselben stehen. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Pyosalpinx, respektive geplatzte Pyosalpinx, die geplatzte Extrauteringravidität, diffuse Peritonitis nach Durchbruch eines parametritischen Exsudats, perforiertes Magenulkus, akuter Ileus, akuter Gallensteinanfall und besonders die Perforation der eitrigen Gallenblase, Erkrankungen der Blase, akute Enteritis und Gastroenteritis und Gonokokkenperitonitis. Die Operation wird mittels Schrägschnittes oberhalb des Toupartschen Bandes ausgeführt. Wenn kein Eiter vorhanden ist und keine Gangrän, wenn vorhandenes Serum völlig klar ist, wird die Bauchhöhle geschlossen, sonst stets Drainage; letztere wird am 3. bis 5. Tage entfernt. Wette weist dann an der Hand seines zahlreichen Materials nach, daß die Frühoperation weit bessere Chancen gibt, als die konservative Therapie und die Operation in den Spätstadien der Appendizitis. Häufig führt die abwartende Therapie zur zweizeitigen Operation; Wette verfügt über 15 solcher Fälle. Besprochen wurden ferner in der ausführlichen Arbeit die tuberkulöse und chronische Appendizitis. Diffuse Peritonitis ist kein Hindernis für die Frühoperation; ein Arzt, der einen Appendizitiskranken an diffuser Peritonitis zugrunde gehen läßt, ohne rechtzeitig chirurgische Hilfe in Anspruch genommen zu haben, muß sich schwere Vorwürfe machen. Operationen jenseits des dritten Tages sind meist aussichtslos. — (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 16, H. 3.)

3. Die jetzt geübte interne Behandlung der Appendizitis hat eine schwache Seite: sie ist eine Entziehungskur geworden. Die Entziehung der festen Nahrung bringt dabei keinen besonderen Schaden; keineswegs gleichgiltig ist jedoch die damit in Verbindung stehende Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr, die zu einer Wasserverarmung der Gewebe und damit zu einem vermehrten Protoplasmazerfall führt und so den Körper in seinem Kampfe gegen das krankmachende Agens förmlich entwaffnet. Verbietet sich auch unter Umständen die Flüssigkeitszufuhr per os, und sind subkutane Infusionen größerer Mengen bei den sich ihres vollen Bewußtseins erfreuenden Patienten untunlich, so bleibt uns doch der Weg durch den Mastdarm, um dem Körper genügende Wassermengen zuzuführen. Der Vorwurf der Unzuverlässigkeit kann dem rektalen Wege nur in beschränktem Maße gemacht werden, nachdem man sogar bei der Cholera unter viel ungünstigeren Verhältnissen Wasserklysmen mit Erfolg verwendet hat, und nachdem die persönliche Erfahrung Zollikofers beweist, daß selbst von großen, lange Zeit verabfolgten Wasserklysmen kein Wasser vom Rektum ausgestoßen wird. Bleibt noch der Einwurf, die Klysmen könnten durch Anregung der Darmperistaltik schaden. Während Zollikofer diesen Einwurf für Nährklysmen und auch für reine Wasserklysmen anerkennt, hält er Klysmen von physiologischer Kochsalzlösung bis zu 1 l und mehr für unbedenklich; maßgebend ist dabei, ob Beschwerden oder Erscheinungen irgend welcher Art sich einstellen, die auf eine vermehrte Peristaltik oder andere ungünstige Einwirkungen hindeuten. Die Patienten gaben stets an, daß die Einläufe ihnen keine Schmerzen auslösen, die nicht schon vorher bestanden, und daß ihnen das Zurückhalten der Flüssigkeit keine besondere Mühe oder Belästigung verursachte,

anderseits fehlte die stuhlbefördernde Wirkung sozusagen vollständig. Zollikofer hat seit 1900 26 Fälle von Perityphlitis mit Rektaleinläufen methodisch behandelt und keinen verloren, darunter mehrere mit recht schweren Anfällen. Er ist bei dieser Behandlung viel weniger subjektivem und objektivem Elend begegnet, als bei den früheren Durstkuren. Die Patienten verfallen trotz der Nahrungsentziehung nur wenig; die Pulsfrequenz wird deutlich erniedrigt; der Urin wird rasch normal. Erbrechen, Koliken und Meteorismus verschwinden ausnahmslos innerhalb der ersten 2—3 Tage. Die Schuld daran trägt wohl mit der Umstand, daß durch die reichliche Flüssigkeitszufuhr die in dem stagnierenden Darminhalt gebildeten Gifte verdünnt und besser durch die Nieren ausgeschieden werden. Bemerkenswert ist, daß unter der Einlaufbehandlung das Bedürfnis nach Opium ein verschwindend kleines wird, obwohl durchaus nicht prinzipiell gespart, sondern zur Schmerzstillung ruhig Opium gegeben wurde. Technisch ist zu bemerken, daß die Einläufe in Rückenlage in Form einer 6‰igen Kochsalzlösung von 40° C. in einer Menge von 2 l täglich in 3—4 Einzelportionen verabreicht werden. — (Korrespondenzbl. f. Schweizer Aerzte, Nr. 17, 1906.)

4. Palmer empfiehlt für hohe Einläufe ein elastisches Darmrohr von 130 bis 150 cm Länge vom Durchmesser und der Art des gewöhnlichen Magenschlauches. Von der konsequenten Anwendung desselben unter Einführung großer Wassermengen (2—3 l) will er sehr schöne Erfolge bei hartnäckiger Konstipation, muköser Enteritis, Darminvagination etc. gesehen haben; er hält die Anwendung hoher Einläufe aber auch für einen Fortschritt in der Behandlung der Appendizitis. Durch die mit der Injektion großer Wassermengen in den Darm erzielte Entfaltung desselben glaubt er quasi auch eine Ausspülung des entzündeten Wurmfortsatzes und damit eine rasche Heilung der Appendizitis erzielen zu können. Allerdings leugnet er auch nicht die Existenz schwerer Fälle, die von Anfang an der Behandlung des Chirurgen zu überweisen sind. — Palmer führt dann noch einige Fälle an, die beweisen, daß man nach seiner Methode sicher über die Valvula ileocoecalis hinaus mit der Flüssigkeit wirken kann, ja daß es so möglich ist, den Darm von unten nach oben durchzuspülen; bei einem an hartnäckiger Konstipation leidenden Kranken wurde der durch das Darmrohr eingeführte Pfefferminzaufguß schließlich erbrochen, ein Beweis, daß das Klysma den Darm in seiner ganzen Länge passiert hatte. — (The Canadian Pract. and Review, Nr. 7, 1906.)

5. Dieulafoy, ein eifriger Verfechter der Frühoperation bei Appendizitis, erhebt seine Stimme gegen die nutzlosen Appendizitisoperationen bei Colitis muco-membranacea. Er verfügt über dreizehn eigene Beobachtungen, wo Patienten mit diesem Leiden infolge einer Fehldiagnose operiert wurden. Während bei Appendizitis die Erkrankung plötzlich einsetzt und von Uebelkeit, Erbrechen, Fieber, Bauchdeckenspannung begleitet ist, fehlen diese Erscheinungen bei dem Bild der Kolitis. Meist handelt es sich dabei um Personen, die gewöhnlich verstopft sind und von Zeit zu Zeit schmerzhafte Entleerungen von schleimigen, blutigen Stühlen aufweisen. Die Schmerzen sitzen bald in der Cökalgegend, bald an irgend einer anderen Stelle des Kolon. Das gelegentliche Uebersehen des Cökalschmerzes veranlaßt dann einmal die Diagnose Appendizitis und chirurgisches Eingreifen. Bei der Operation findet man keine Peritonitis, keine Adhäsionen, der Appendix ist gesund. Der Follikelschwellung, die die mikroskopische Untersuchung des Appendix aufdeckt, ist keine Bedeutung beizumessen, sie läßt sich auch bei Leuten, die nicht an Appendizitis erkrankt waren, nachweisen. Ebenso sind die Blutsuffusionen und follikulären Blutungen, die gelegentlich als pathologisch bezeichnet werden, nur traumatische Produkte, die durch die Ligatur des Organs bei seiner Entfernung entstehen. Das sicherste Zeichen, daß der Wurmfortsatz in solchen Fällen zu Unrecht entfernt wurde, bietet der weitere Verlauf. Abgesehen von einigen Neurasthenikern, bei denen der psychische Einfluß der Operation nachwirkt, bleiben

bei den Operierten die Schmerzen in der Ileocökalgegend, die schleimigen Entleerungen, die Obstipation unverändert.

Läßt man sich bei der Diagnose einer Appendizitis nicht bloß von der Schmerzhaftigkeit in der rechten Bauchgegend leiten, sondern berücksichtigt auch die oben erwähnten Symptome und das ganze klinische Bild, so wird man den bedauerlichen Fehlgriff vermeiden können.

Nach Ansicht des Referenten liegen manchmal Schwierigkeiten für die Unterscheidung zwischen chronischer rezidivierender Appendizitis und Colica mucosa auch darin, daß einerseits die Appendizitis auch in der anfallfreien Zwischenzeit auf die Darmtätigkeit hemmend wirkt und anderseits die Schmerzattacken bei Colica mucosa mit leichten Temperatursteigerungen verbunden sein können. Nur eine längere Beobachtung des Kranken wird hier Klarheit schaffen. Sind freilich Arzt und Patient durch den für viele Fälle von Appendizitis berechtigten Ruf nach Frühoperation nervös gemacht, so werden sich bei dieser Sachlage diagnostische Fehlschläge nicht vermeiden lassen. — (Wien. klin. ther. Wochenschr., Nr. 24, 1906.)

6. K a r r e n s t e i n hat 500 Fälle von Blinddarmentzündung auf die Häufigkeit von Rezidiven untersucht und kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. Blinddarmentzündung kann zur Spontanheilung führen. Diese Fälle haben, da nicht diagnostizierbar, praktisch keinen Wert. 2. Die Hälfte aller Blinddarmentzündungen rezidiviert. 3. Die Behandlungsart während des ersten Anfalles ist ohne erheblichen Einfluß auf den Eintritt eines Rezidives. 4. Nach Opiumbehandlung sind Rezidive nicht häufiger, als nach anderen Behandlungsarten. 5. Fälle mit kurzer Behandlungsdauer der ersten Erkrankung rezidivieren am häufigsten. 6. Fieberlose Ersterkrankungen und die mit mittelhohem Fieber rezidivieren am häufigsten, solche mit sehr hohem am seltensten. 7. Die Pulszahl ist ohne erheblichen Einfluß auf die Häufigkeit der Rezidive. 8. Das Rezidive verläuft in 58% leichter, in 28% schwerer, in 14% ebenso wie der erste Anfall. 9. Das Rezidive setzt zu 60% innerhalb des ersten Jahres, zu 20% innerhalb des zweiten Jahres und zu 20% noch später nach der ersten Erkrankung ein. 10. In $^1/_3$ der Fälle kommt die Krankheit nach dem ersten Rückfall, in 20% nach dem zweiten, dritten oder vierten Rückfall zum Stillstand; in etwa der Hälfte der Fälle stellen sich fünf und mehr Rezidive ein. 11. Mit der Zahl der Rückfälle sinkt die Aussicht auf Dauerheilung. 12. Die Intervalloperation sollte mit Rücksicht auf die Häufigkeit der Rezidive und der durch sie bedingten Komplikationen häufiger als bisher gemacht werden. 13. Die Intervalloperation ist nach einmaliger Erkrankung an Blinddarmentzündung indiziert, da sie weniger Gefahr als spätere Rezidive bietet. 14. Mit jedem Rückfall sollte der Arzt dringender zur Intervalloperation raten. 15. Bei der hohen Mortalität der Operation im Anfall können einige zuviel ausgeführte Intervalloperationen nicht Grund sein, diese zu unterlassen. — (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 16, H. 3.)

Peritonitis. Ref. A. H a a s, München.

1. Die Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis. Von Prof. James T. W. R o ß, Toronto.

2. Die Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis. Von Dr. John H. G i b b o n s.

1. R o ß berichtet über 62 operativ behandelte Fälle von echter d i f f u s e r e i t r i g e r P e r i t o n i t i s aus verschiedenen Ursachen (Perforation der Appendix, von Magen- und Darmgeschwüren, von Pyosalpingen etc.) und hat bei der ersten Serie von 30 Fällen 26 Todesfälle, 4 Heilungen, bei den letztoperierten 30 Fällen 10 Todesfälle, 20 Heilungen. Die Ursache seiner in der letzten Zeit erzielten günstigen Resultate sieht R o ß einmal in der zur Anwendung gekommenen Technik, dann in möglichst frühzeitigem Eingreifen. Er ging in der Regel so vor, daß er möglichst schnell und schonend nach einer ausgiebigen Inzision eventrierte, die Stelle der Infektion aufsuchte und entfernte, bezw. verschloß, dann das ganze Abdomen gründlich mit Kochsalzlösung ausspülte und schließlich die Wunde vollkommen vernähte, nachdem er möglichst viel Kochsalzlösung in der Bauch-



höhle zurückgelassen. In der Nachbehandlung werden reichliche subkutane und rektale Kochsalzinfusionen angewandt, Morphium in großen Dosen gegeben und der Patient zu möglichster Ersparnis von Herzkraft horizontal gelagert.

Das Abreiben des Peritoneums, um etwaige Fibrinmembranen zu entfernen, widerrät Vf., weil dadurch das vor der Infektion schützende Serosa-Endothel lädiert wird. Wird die mit Kochsalzlösung gefüllte Bauchhöhle geschlossen, so wird ihr Inhalt sehr bald steril. Die Ausspülung der Bauchhöhle macht Vf. mit dem Lawson-Taitschen Ovarial Troikart.

Die eventrierten Därme bespült er mit einem feinen Spray. Drainage will Roß nur verwendet wissen, wenn es nicht gelingt, die Quelle der Infektion aufzufinden. Nach der Operation genügen gewöhnlich subkutane Kochsalzeinläufe zur Hebung des Allgemeinbefindens; intravenöse Infusionen widerrät Roß, nachdem er dabei zwei plötzliche Todesfälle erlebt hat.

Um möglichst frühzeitig operieren zu können, ist die Diagnose möglichst frühzeitig zu stellen. Wenn einmal die klassischen Symptome der Perforationperitonitis (enorm aufgetriebener Leib, Verschwinden der Leberdämpfung, kleiner frequenter Puls, verfallenes Gesicht) bestehen, so widerrät er der Operation. — (The Canadian Pract. and Rev., Nr. 12, 1906.)

2. Zur Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis im Kindesalter empfiehlt Gibbons die von Murphy angegebene Methode, von einer kleinen Inzisionsöffnung aus die perforierte Appendix zu exstirpieren, darauf ein langes Drainagerohr ins kleine Becken einzuführen. Weitere Manipulationen in der Bauchhöhle werden vermieden. Der Patient wird im Bett halb aufrecht gesetzt und erhält während der ersten Tage eine rektale Infusion von $^1/_4$ l Kochsalzlösung. Gibbons glaubt mit Murphy, daß die einfache Drainage genügt, um eine weitere Eiterresorption aus der Peritonialhöhle zu verhüten, und hat bei Kindern mit dieser Methode sehr gute Erfahrungen gemacht. — (Philadelphia Pediatric Society, Juni 1906; The Canad. Pract. and Rev., Nr. 12, 1906.)

Klinische Bemerkungen über 30 Fälle von Nephropexis. Von P. Fiori. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. hat 38 Fälle von Wanderniere mit günstigem Erfolg operiert; so verschwanden die intestinalen und renalen Symptome in 100%, die gastrischen in 66·7%, die nervösen in 37·5%, die genitalen in 25% der Fälle nach der Operation. Vf. hält die Operation für indiziert:

a) absolut:

1. bei Komplikationen, wie Albuminurie, Uronephrose, Zylindrurie, Hämaturie, Nierenstrangulation,

2. bei schweren Komplikationen vonseiten von Magen, Darm und Leber,

3. bei unerträglichen Schmerzen und nervösen Beschwerden, die sonst auf keine Weise zu bessern sind;

b) relativ in allen Fällen, in denen diese Voraussetzungen nicht zutreffen.

Kontraindiziert ist die Operation:

1. bei allgemeiner Splanchnoptose, falls nicht schwere Nierenkomplikationen vorhanden sind,

2. bei starken Genitalbeschwerden, wenn die Operation nur die Absicht hätte, durch Festnähen der Niere diese zu beseitigen.

Zu bemerken ist noch, daß Vf. keinen der Patienten verloren hat, daß er die Kranken drei Wochen im Bett, dann mit gut angelegter Binde aufstehen und nach 1—2 Monaten mit Bandage ihrem Beruf nachgehen läßt. Die Bandage wird 5—6 Monate getragen; ein Rezidiv hat Vf. nie beobachtet. — (Il Policlinico, Sez. chir., Nr. 7, 1906.)

Weitere Beweise für die dauernde Tiefenwirkung der Heißwasser-Alkohol-Händedesinfektion. Von F. Ahlfeld. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. hält auch neuen Einwendungen (Opitz, Baisch) gegenüber daran fest, daß prophylaktische Scheidenspülun-



gen günstigere Chancen für ein fieberfreies Wochenbett bieten, als Unterlassen derselben; allerdings dürfe man dabei nicht, wie Krönig es schildert, die Vagina mit den Fingern scheuern, sondern müsse lediglich spülen, und auch nicht alle 2—3 Stunden, sondern nur einmal. Des weiteren wendet sich Vf. gegen die Behauptung von Opitz, daß eine wirkliche Keimfreiheit unserer Hände nicht zu erreichen ist; die von ihm geübte Heißwasser - Alkoholdesinfektion garantiere eine solche. So sei auch die Behauptung Werths, daß beim Einfädeln von Nahtmaterial ohne Verwendung von Gummihandschuhen die Fäden stets keimhaltig gemacht würden, nicht als zu Recht bestehend anzuerkennen. Zum Beweise hiefür ließ Vf. Assistenten und Schwestern sich nach seiner Methode gründlich desinfizieren, Handschuhe anlegen, nach vollendeter Operation, also nach 1—1½ Stunden diese abnehmen, dann je ein 20 cm langes Stück steriles Katgut kräftig zwischen den Fingern, besonders zwischen Daumen und Zeigefinger, hin- und herziehen, so daß die Finger immer über das eine Ende wegstreiften. Dieses Ende wurde abgeschnitten und in ein Reagensglas mit Nährbouillon gebracht. Während bei Kontrollversuchen mit der gereinigten, aber undesinfizierten Hand sich alsbald Kulturen entwickelten, wurde bei den erwähnten Versuchen unter vielen nur einmal Keimentwicklung konstatiert. Diese Versuche beweisen, daß die wohldesinfizierte Hand 1—1½ Stunden lang keine Keime aus der Tiefe auf die Oberfläche abgegeben, daß also eine ausgesprochene Tiefenwirkung des Alkohols stattgefunden hat. Vf. hält seine Desinfektionsmethode für so sicher, daß er keinen Anstand nimmt, jedem, der 15 Minuten Zeit für gründliche Anwendung seiner Desinfektionsmethode hat, auch nach Beschäftigung mit infektiösem Material geburtshilfliche Tätigkeit unbedenklich zu gestatten. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 42, 1906.)

Laryngologie und Rhinologie.

Halsbeschwerden, verursacht durch Erkrankung der Drüsen des Mundbodens. Von Prof. Dr. Kretschmann. Ref. Weil, Wien.

Bei vielen Kranken, die mit unbestimmten Klagen über Stechen, Drücken, Brennen oder Fremdkörpergefühl im Halse zum Laryngologen kommen, sucht man in der herkömmlichen Weise vergebens nach einem entsprechenden objektiven Befunde. Vf. hat in einer Reihe solcher Fälle krankhafte Veränderungen der Speicheldrüsen des Mundbodens als Ursache der Beschwerden feststellen können. Man findet die Drüsen durch bimanuelle Palpation, indem man mit einem Zeigefinger (dem rechten für die rechte, dem linken für die linke Seite) in die Mundhöhle unter die Zunge geht und mit 2—3 Fingern der anderen Hand von außen entgegendrückt. Die kleinen Lymphdrüsen dieser Gegend sind bei normalen Verhältnissen kaum zu fühlen.

Meist handelt es sich um schleichend entzündliche Prozesse; die Drüse ist geschwellt und empfindlich. Die Beschwerden werden zuweilen von den Kranken von vornherein richtig lokalisiert; in selteneren Fällen wird auch gleichseitiger Ohrschmerz angegeben. Aetiologisch kommt hauptsächlich Infektion mit Bakterien, an denen ja die Mundhöhle so reich ist, und Sekretretention (durch kleine Speichelsteine etc.) in Betracht. Die beste Therapie ist die bimanuelle Massage, die meist nach wenigen Sitzungen zum Ziele führt. Daneben kommt äußerlich die Anwendung von Mesotanvaseline oder Jodtinktur (Ref. pinselt letztere seit jeher auf die Schleimhaut des Mundhöhlenbodens), innerlich der Gebrauch von Aspirin, Salipyrin etc. in Frage. — (Arch. f. Laryngol., Bd. 19, H. 1, 1906.)

Rhinolalia functionalis. (Gewohnheitsmäßiges Näseln). Von Doz. Dr. Hermann Gutzmann. Ref. Weil, Wien.

Vf. demonstriert Kranke mit Rhinolalia aperta, resp. clausa functionalis, letzteres darum, weil bei ihnen eine anatomische Ursache der Störung nicht aufzufinden ist. Der erstere Zustand ist nicht so selten,

kommt ja oft nach der Operation großer adenoider Vegetationen vor, wo das Velum einige Zeit braucht, bis es gelernt hat, sich an die hintere Rachenwand anzulegen. Derselbe Zustand kann aber auch bestehen, wenn die Vegetationen einmal vorhanden waren, aber bei fortschreitendem Wachstum des Skeletts nach und nach geschwunden sind, während der Patient das Velum nicht akkomodiert hat. Solche Fälle werden oft fälschlich für Gaumenlähmung gehalten. Aber auch nach länger dauernder diphtheritischer Lähmung kann es geschehen, daß nach Heilung der Lähmung das Näseln noch bestehen bleibt.

Der zweite Fall ist viel seltener und erklärt sich dadurch, daß jahrelanger Verschluß des Nasenrachenraumes (durch hypertrophische Muschelenden, hochsitzende adenoide Wucherungen) vorhanden war, nach dessen operativer Beseitigung die stets gleichmäßig kontrahierte Stellung des Gaumensegels dennoch bestehen blieb.

Die Therapie besteht in Sprechübungen mit den entsprechenden Konsonanten, wobei im ersten Falle gleichzeitig mit einem kleinen Instrumente, einem entsprechenden gebogenen Drahte, der am Ende eine kleine Platte trägt, das Gaumensegel gehoben wird, so daß Patient dieses nach und nach zum Abschlusse des Nasenrachenraumes verwenden lernt. Im zweiten Falle müssen die Nasenlaute mit kräftigem Durchblasen durch die Nase geübt werden, wobei Patient durch den Ausschlag eines kleinen Alkohol- oder Wassermanometers, welches mit Hilfe einer Olive in ein Nasenloch gesteckt ist, die Stärke des Luftdurchschlages selbst kontrollieren kann. — (Med. Klinik Nr. 51, 1906.)

Ueber Hypopharyngoskopie. Von Dr. Karl v. Eicken. Ref. Weil, Wien.

Die direkte Inspektion des unterhalb der Sinus pyriformes gelegenen Teiles des Pharynx mit der hinteren Kehlkopfwand wurde wiederholt versucht und hat sich immer als sehr schwierig herausgestellt. Selbst mit dem Oesophagoskop ging es nicht und bei tief sitzenden Pharynxkarzinomen kam es sogar vor, daß man mit diesem Instrument in das peripharyngeale und periösophageale Gewebe eindrang. Die Hauptschwierigkeit liegt darin, daß der Kehlkopf durch die äußeren Halsmuskeln gegen die Wirbelsäule angedrängt wird und bedeutender Kraftaufwand erforderlich ist, um ihn nach vorne zu ziehen. Killian hat einen langen Röhrenspatel konstruiert, mit dem es wiederholt gelang, Karzinome hinter dem Ringknorpel zu erkennen und Fremdkörper aus diesem Gebiete zu entfernen. Doch passierte es dabei auch, daß Fremdkörper gelockert wurden und in den Oesophagus und weiter in den Magen hinabglitten. Vf. machte auch Versuche, den Larynx mit den Fingern zu umfassen und nach vorne zu ziehen, doch war diese Prozedur für den Untersuchten sehr unangenehm und hatte nicht den gewünschten Erfolg.

Vf. kam nun auf den Gedanken, mit einem entsprechend gekrümmten Haken in das Innere des kokainisierten Larynx bis zum Ringknorpelbogen und den ersten Trachealringen einzugehen und damit den Larynx nach vorne zu ziehen und es zeigte sich alsbald, daß dies gelang, ohne dem Patienten nennenswerte Beschwerden zu verursachen. Vf. fand auch, daß man dabei mit Vorteil die Gegend der Molarzähne des Oberkiefers als Hypomochlion für den gestreckten Teil der Sonde (die er Larynxhebel nennen will) benützen kann. So kann man die Sonde von einem Kollegen fixieren lassen und hat dann beide Hände frei, um einen Fremdkörper zu extrahieren oder eine Probeexzision vorzunehmen.

Man kann so den Kehlkopf $1^1/_2$ bis 2 cm von der hinteren Rachenwand abheben. Beide Sinus pyriformes bilden dann einen gemeinsamen Raum, in dessen Tiefe der durch den Constrictor pharyngis inferior geschlossene Eingang des Oesophagus zu sehen ist. Die hintere Fläche der Ringknorpelplatte ist gut zu übersehen und es könnten auch z. B. dort sitzende perichondritische Abszesse unter Kontrolle des Auges eröffnet werden. — (Arch. f. Laryngol., Bd. 19, H. 2, 1907.)

Geburtshilfe.

Wochenbett und Stillgeschäft.

1. Zur Frage der Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen. Von Privatdozent Emil Abderhalden. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

2. Stillungsfähigkeit der Frauen und familiärer Alkoholismus. Von Dr. G. Gisler. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

3. Diätetik der Wöchnerin. Von Geh.-Rat Dr. A. Hegar. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. Zur Erforschung der Ursachen für die Unfähigkeit der Frauen, zu stillen, empfiehlt Abderhalden die Beantwortung folgender Fragen: 1. ob die Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen, zunimmt; 2. ob die Unfähigkeit zu stillen vererbbar ist; 3. ob sich bestimmte Ursachen für die Zunahme der Unfähigkeit, zu stillen, nachweisen lassen. — (Med. Klin., Nr. 45, 1906.)

2. Gisler weist an drei Fällen aus seiner Praxis den verhängnisvollen Einfluß des Alkohols auf die Stillfähigkeit der Frauen nach. In allen drei Fällen ließ sich ein Zusammengehen von Potatorium bei Vater oder Großvater und Unfähigkeit zu stillen bei der Tochter oder Enkelin konstatieren. Wichtig sei es, in solchen Fällen die Mutter auf die Möglichkeit aufmerksam zu machen, daß eine scheinbar versiegte Brust wieder zur Tätigkeit gebracht und somit ihrer natürlichen Bestimmung wieder zurückgegeben werden kann. — (Med. Klin., Nr. 46, 1906.)

3. Das Wochenbett im weiteren Sinne dauert 42 Tage. Hegar bespricht in kurzen Zügen die ganze Diätetik des Wochenbettes; es seien nur die hauptsächlichsten Momente hervorgehoben. Auch für ärmere Volksschichten müßten geschulte Wärterinnen von wohltätigen Vereinen geschaffen werden. Das Wochenzimmer soll stets für frische Luft zugänglich sein. Der Nachttisch soll aus Eisen sein, ebenso das Bett mit Sprungfeder- und Roßhaarmatratze wie Roßhaarkissen. Unterlagen müssen öfters gewechselt werden; vor den Genitalien liegt ein Stück sterilisierter Watte, das bei Durchfeuchtung gewechselt wird. Zur Reinigung der Genitalien genügt äußere Abrieselung, keine Scheidenspülungen. Künstliche Stuhlentleerung ist in den ersten 2—3 Tagen nicht notwendig; sie erfolgt am besten mit Rizinusöl. Nur im äußersten Notfall soll der Urin mit Katheter geholt werden, am besten mit einem elastischen. Bis zum ersten Stuhlgang leichte, dann allmählich Uebergang zur gewöhnlichen Kost. Bewegungen sollen im Bett bald gestattet werden; Aufstehen erfolgt am 10. bis 12. Tage. Schädlich sind sowohl ein zu frühes wie spätes Verlassen des Bettes. Puls und Temperatur sollen täglich zweimal notiert werden. Bei drohender Thrombose mechanischer Natur horizontale Lagerung des Körpers, Erhöhung des Unterschenkels durch ein Spreukissen, absolute Ruhelage ist jedoch nicht erforderlich. Massage des Uterus hat bei Verdacht auf Thrombose zu unterbleiben. Bei auffallender Herzschwäche gebe man Chinin in kleinen Dosen oder ein Chinadekokt, auch Digitalis ist am Platze. Bei bestehender Thrombose haben Lagewechsel wie Bewegung zu unterbleiben. Bei Thrombosen, die Infektionen als Ursache haben, sind frühzeitige Bewegungen besonders schädlich. In den späteren Tagen sind gymnastische Uebungen zur Stärkung der Bauchdecken sehr zweckmäßig. Jede stillungsfähige Frau soll ihr Kind stillen. Einer Verkümmerung der Brustdrüse soll durch geeignete Lebensweise vorgebeugt werden. Kontraindikationen zum Stillen bieten Herzfehler, Morbus Brighti, hochgradige Neuropathie, Leiden des Magens und Darms, akute und chronische Infektionen und Intoxikationen. Eine gut geschulte Pflegerin ist beim Stillgeschäft von großem Nutzen. Schon während der Schwangerschaft sollen die Brüste auf das Stillen vorbereitet werden. Das Kind soll zwölf Stunden nach der Geburt angelegt werden, in der Nacht siebenstündige Pause. Bei Schrunden längere Pause mit der affizierten Brust, Waschung mit 2%iger Borsäure, Warzenhütchen. Bei bedeutender Schrundenbildung ist wegen Gefahr einer Mastitis das Stillen zu beendigen. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 47, 1906.)



Tuberkulose und Schwangerschaft.

1. **Ueber die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Tuberkulose.** Von Gustav Freitag. (Aus der Univ.-Frauenklinik zu Breslau.) Ref. Fritz Loeb, München.
2. **Tuberkulose und Schwangerschaft.** Von Adolf Tecklenborg. (Frauenklinik zu Gießen.) Ref. Fritz Loeb, München.
3. **Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Lungentuberkulose.** Von Friedrich Kellmann. (Aus der k. Univ.-Frauenklinik zu Berlin; Geh. Rat Olshausen.) Ref. Fritz Loeb, München.
4. **Tuberkulose und Schwangerschaft.** Von F. Veit. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. Bei von vornherein hoffnungslosen Fällen, z. B. schwerer Larynxphthise, kompliziert mit einer Lungenerkrankung, ist das kindliche Leben höher anzuschlagen als das der Mutter. Bestehen floride Erscheinungen mit nicht allzuweit gehender Zerstörung, ist namentlich die Tuberkulose eine frisch erworbene, sehr progrediente Affektion, so ist gegebenenfalls die Schwangerschaft zu unterbrechen, und zwar möglichst in den frühen Monaten. — (Diss. Breslau 1906.)

2. Es ist nach Tecklenborg eine gerechte Forderung, in den Fällen, in denen bevorstehende Symptome den letalen Ausgang befürchten lassen und man zu der Annahme berechtigt ist, daß mit Unterbrechung der Gravidität die ungünstigen Symptome verschwinden werden, im Interesse der Mutter den künstlichen Abort einzuleiten, da durch diesen Eingriff die kranke Frau bedeutend eher von dem „verderbenbringenden Einfluß der Schwangerschaft" befreit wird und eine größere Aussicht zur Besserung hat als durch die künstliche Frühgeburt. Vf. zeigt, daß sich die im Anfang der Gravidität leichten Fälle häufig gegen Ende derselben in einem so floriden Stadium befanden, daß vielfach der Exitus letalis eintrat oder die Entlassung der Patientinnen mit der Prognosis pessima stattfand, aber nur selten eine dauernde Besserung eintrat. — (Diss. Gießen 1906.)

3. Aus den Betrachtungen Kellmanns geht hervor, daß durch den künstlichen Abort ein Stillstand des tuberkulösen Prozesses, der in der Schwangerschaft Fortschritte machte, erzielt werden kann. Nicht in allen Fällen von mit Tuberkulose komplizierter Schwangerschaft wird man diese unterbrechen, wie Maragliano es verlangt, anderseits ist die Einleitung des künstlichen Aborts nicht absolut zu verwerfen. Indiziert oder wenigstens sicher berechtigt ist sie, wenn Symptome auftreten, die ein Fortschreiten der Tuberkulose vermuten lassen. Zu diesen gehören vermehrter Husten und Auswurf, Fieber, Gewichtsabnahme, Erbrechen, zunehmende Schwäche. Wird nach der Operation eine richtige Behandlung der Tuberkulose durchgeführt, so kann auch in vielen Fällen eine Besserung konstatiert werden. Eines ist aber, um dieses Ziel zu erreichen, unbedingt notwendig: die Verhinderung einer erneuten Konzeption in der nächsten Zeit nach der Operation. — (Diss. Berlin.)

4. Veit stellt folgende Schlußthesen auf: Die Ansicht, daß die Schwangerschaft für eine Tuberkulöse stets als eine sehr schwere oder sicher im Wochenbett zum Tode führende Komplikation anzusehen ist, trifft nicht zu. Die Einleitung des künstlichen Abortus ist niemals angezeigt, wenn die tuberkulöse Schwangere eine regelmäßige Gewichtszunahme zeigt. Ebensowenig ist dieser Eingriff angezeigt, wenn die Schwangere regelmäßig abnimmt. Findet die Zunahme in unregelmäßiger oder ungenügender Höhe statt, so ist die Schwangere gefährdet; hier ist die Einleitung des Abortus als Heilmittel zu versuchen. Besondere Formen der Tuberkulose, insbesondere Komplikationen, z. B. Erbrechen, verlangen an sich keine andere Indikationsstellung. Fieberhafte Prozesse, die durch Tuberkulose bedingt werden, bleiben in der Indikationsstellung noch diskutabel. Wird also eine Tuberkulöse schwanger, so soll man sie genau beobachten. Braucht man den Abortus nicht einzuleiten, so hat die Behandlung in nichts abzuweichen von der, wie man die nicht schwangeren Tuberkulösen behandelt, nur ist eine besondere Sorgfalt und Aufmerksamkeit geboten. — (Die Ther. d. Gegenw., H. 11, 1906.)

Eklampsie.

1. **Das Parathyreoidin Vassale bei der Schwangerschaftsalbuminurie und der Eklampsia gravidarum.** Von Vicarelli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Behandlung der Eklampsie.** Von Dr. Evans, Montreal. Ref. G. Wiener, München.
3. **Ein neuer Vorschlag zur Bekämpfung schwerster Eklampsieformen.** Von Prof. Dr. Albert Sippel. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
4. **Experimentelle Studien über die Eklampsie.** Von Dr. W. Weichhardt und Dr. W. Piltz. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
5. **Eklampsie und Wetter.** Von Dr. Wilhelm Ruth. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. Die Theorie Vassales, daß die Eklampsie der Schwangeren auf einer Insuffizienz der Nebenschilddrüsen beruht, bricht sich immer mehr Bahn. Sie wird gestützt: 1. durch pathologisch-anatomische Beobachtungen bei an Eklampsie Verstorbenen, bei denen sich Fehlen oder Veränderungen der Nebenschilddrüsen fanden, 2. durch experimentelle Untersuchungen an Tieren, bei denen bei schon bestehender latenter Insuffizienz der Nebenschilddrüsen während der Schwangerschaft oder der Geburtsarbeit Eklampsie ausbrach, die einer Behandlung mit Parathyreoidsubstanz wich, 3. durch klinische Beobachtungen über die Erfolge der Parathyreoidinbehandlung bei Eklampsie. Vicarelli hat Gelegenheit gehabt, letztere in sieben Fällen auszuprobieren. Darunter waren vier Fälle von Schwangerschaftsnephritis mit hochgradigen Störungen, als Oedemen, Gesichts- und Gehörsstörungen, Kopfweh etc., also Individuen, die sehr für den Ausbruch einer Eklampsie prädestiniert waren, ein Fall von ausgesprochener Eklampsie und zwei Fälle von alten Nephritikern, die während der Gravidität eine Exazerbation ihrer Nephritis aufwiesen. Das Parathyreoidin wurde per os in Tagesdosen von 100—150 Tropfen gegeben, ohne besondere Diät. In der ersten Gruppe von Fällen war das Resultat stets ein gutes; keine der Patientinnen wurde eklamptisch, es besserten sich die nephritischen Symptome: Albuminurie, Harnverminderung, Blutdrucksteigerung, Oedeme etc. In dem Falle ausgesprochener Eklampsie blieben die Anfälle nach Darreichung des Parathyreoidins sofort weg, die sehr reichliche Albuminurie wurde geringer, die übrigen nephritischen Symptome besserten sich, und sechs Wochen später gebar die Patientin ein lebendes Kind. Setzte man das Mittel einige Tage aus, so verschlimmerten sich die Symptome gleich wieder. In den beiden Fällen der dritten Gruppe trat wohl Besserung ein, doch war sie nur vorübergehend, und es wurde künstliche Frühgeburt nötig. In allen Fällen trat während der Geburtsarbeit eine starke Vermehrung der Albuminurie ein, trotz Parathyreoidindarreichung; in den Fällen der beiden ersten Gruppen kehrte in den ersten Tagen des Puerperiums der normale Zustand wieder, in denen der dritten Gruppe nicht. Bezüglich der Kinder ist zu bemerken, daß drei tot und in mazeriertem Zustand zur Welt kamen; allerdings wiesen die betreffenden Plazenten zahlreiche und große weiße Infrakte auf. Es ist nicht anzunehmen, daß der Tod der Kinder etwas mit der Parathyreoidinkur zu tun hat, zumal im Tierexperiment stets normale Junge geworfen wurden; wahrscheinlich stehen die Veränderungen der Plazenta in ursächlichem Zusammenhange mit dem Absterben der Kinder. — (XII. Congr. di Soc. It. di Ost. e Gin., Mailand, Sept. 1906; Il Morgagni, Riv., 8. Dez. 1906.)

2. Chloral soll bei Eklampsie frühzeitig und in großen Dosen gereicht werden, Chloroform dagegen erst während der Konvulsionen. Opium und Morphium verlängern das Koma und wirken ungünstig auf das Kind ein. Veratrum viride darf nur sehr sorgfältig und am besten in Verbindung mit Kampfer und Koffein gegeben werden. Aderlaß reduziert die Toxine, subkutane und intravenöse Kochsalzinfusionen wirken auf dieselben ebenfalls günstig ein.

In Fällen von Anurie haben einige Autoren (Edebohls, Pinard, Hartmann etc.) die Nierendekapsulation vorgenommen, allerdings mit nicht sehr gutem Erfolg; gleiches gilt von der Lumbalpunktion, welche Evans ebenfalls verworfen wissen will. Thyroidinextrakt übt nur geringe Wir-

kung. Schnelle Entbindung bei nicht genügend erweitertem Muttermund oder Kaiserschnitt sei die beste Behandlung. — (The Brit. Med. Journ., 3. Nov. 1906.)

3. Bei solchen Eklampsiekranken, bei denen nach der Geburt die Nierensekretion trotz entsprechenden Hilfen nicht in den Gang kommt, empfiehlt Sippel, die beiderseitige Spaltung der Nierenkapsel vorzunehmen, um die Nieren von dem intrakapsulären Ueberdruck zu entlasten, die Blutzirkulation wieder zu ermöglichen und dadurch die Urinsekretion in den Gang zu bringen. — (Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 49, 1906.)

4. Auf Grund experimenteller Untersuchungen kommen Weichardt und Piltz zu dem Schlusse, daß die Eklampsie veranlaßt werde durch toxische Substanzen, welche durch Zytologie in die Blutbahn gelangender Plazentarbestandteile gebildet werden, bei Frauen, in deren Blute antiendotoxische oder hemmende Bestandteile in genügender Menge nicht vorhanden sind. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 46, 1906.)

5. Die Untersuchungen über das Vorkommen der Eklampsie in den Jahren 1899—1905 haben für Riga folgenden Zusammenhang zwischen Eklampsie und Wetter gegeben: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Eklampsie und Wetter, insofern ungünstige Witterungsverhältnisse einen Ausbruch der Krämpfe befördern. Die einflußreichsten Faktoren sind Temperatur und relative Feuchtigkeit. Die Eklampsie bricht am seltensten bei warmen trockenen Wetter aus. Die Frequenz nimmt bei wachsender relativer Feuchtigkeit sowohl bei sinkender, als bei steigender Temperatur zu. Andauernd schlechtes Wetter schädigt häufiger als ein plötzlicher Umschlag schönen Wetters in schlechtes. Die Vergiftung des Körpers wird beschleunigt, indem die durch die Witterungsverhältnisse geschädigte Hautfunktion eine mangelhafte Ausscheidung der angenommenen Gifte erzeugt. Schwangere sollen sich vor plötzlicher Abkühlung hüten; es kommt ferner warme, alle Teile des Körpers gleichmäßig schützende Kleidung in Betracht. Schwangere sollen die Wohnung warm halten, im Frühjahr mit der Heizung nicht allzufrüh aufhören, im Herbst zeitiger beginnen. Feuchte Außenluft ist zu meiden; bei Nierenreizung ist mit diesen Vorschlägen eine reizlose Kost, Milchdiät etc. zu verbinden. — (St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 48, 1906.)

Uteriner Abszeß: Metritis dissecans. Von Dr. Wallace, Glasgow. Ref. G. Wiener, München.

Eine Dame klagte vom Beginn ihrer Ehe an über Schmerzen. Sie wurde kurettiert und hatte darauf einen Abort, nach dem sie sich nie mehr wohl fühlte. Bei einer zweiten Operation, bei welcher der Uterus dilatiert wurde, fand sich an diesem ein Abszeß, der auf dem Punkte durchzubrechen war und während der Operation eine große Menge Eiters entleerte. Gleichzeitig zeigte sich ein entzündlicher Verschluß des Zervixkanals. Neun Tage nach der Operation war die Patientin wohl, dann traten plötzlich heftige Schmerzen auf und es entleerten sich große Mengen fötiden Eiters, welcher Stücke von uterinem Gewebe enthielt. Die Kranke fühlte sich nun drei Monate lang wohl, dann begannen die Schmerzen wieder; nunmehr wurde sie laparotomiert, der Eiter aus den Tuben entfernt und streptokokkenhaltig gefunden. Von diesem Moment an war die Patientin gesund und gebar ein Jahr darauf ein gesundes Kind. Wallace sucht die Entstehung des Leidens in einer von den Tuben ausgehenden gonorrhoischen Infektion durch den Gatten, der nachweislich einige Jahre vorher an einer solchen behandelt wurde. — (The British Medical Journal, 3. Nov. 1906.)

Urologie.

Harnblase. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. **Die Behandlung der Zystitis mit Alkohol.** Von Dr. Josef Sellei.
2. **Die Therapie der akuten und chronischen Zystitis.** Von Prof. Dr. S. Ehrmann.
3. **Zur Pathologie und Therapie der gutartigen Harnblasengeschwülste.** Von Dr. M. Weinrich.

I. Sellei kann Alkohol resp. die Waschung mit entprechend diluiertem Alkohol nicht nur als ein vorzügliches Harn-

antiseptikum, sondern als direktes Heilmittel bei vielen Zystitiden empfehlen. Zur Blasenspülung verwendete er 5—10—15-prozentige Lösungen, Wasser kann lau oder heiß sein. Begonnen wird mit einer 5%igen Lösung; täglich oder alle 2—3 Tage eine Spülung. Anfangs wird die Lösung sofort aus der Blase herausgelassen, später bleibt sie 10—30 Minuten in der Blase zurück. Sellei empfiehlt den Alkohol besonders bei Zystitiden infolge von Prostatahypertrophie. Die Heilwirkung besteht in dem antiseptischen, bakterientötenden Einfluß wie in der adstringierenden Wirkung des Alkohols. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45, 1906.)

2. Bei akuter Gonokokkenzystitis ist die Darreichung derjenigen Mittel angezeigt, die selbst oder deren Spaltungsprodukte im Harn ausgeschieden antiseptisch auf die Mikroben in der Blase wirken. Am besten haben sich in dieser Hinsicht die Präparate der Salizylsäure bewährt. Es kommt hauptsächlich Salol, sechsmal $^1/_2$ g pro die in Betracht. Bei etwas länger dauernden Formen sind die Balsamica Santyl, Gonosan, Ol. Terebinthinae zu empfehlen. Der Harndrang bei akuter Zystitis ist durch Dekokte von Fowa uvae ursi oder Herba Hernianae und Herba Phenoportii ambrosioidis als Tee zu bekämpfen. Erhöhte Reizbarkeit der Blasenschleimhaut ist durch Narkotika per Rektum zu beseitigen (Morphium 0·01 pr. supposit. oder Extr. Canabis indicae). Bei starken Blutungen ist Extr. Secal. in Form von Suppositorien zu geben; 1 g Extrakt auf 5 Suppositorien, 2—3 Suppositorien pro die. Wenn die Reizerscheinungen geschwunden sind, so kann zur lokalen Behandlung übergegangen werden; mit der Blase ist zugleich die Urethritis posterior zu behandeln. Es kommen hier in Betracht blande Spülmittel: Borsäure 2 bis 3%, lauwarm, mittels weichen Nelatonkatheters, am besten mit einer Spritze. Zuerst 25 g bei nicht ganz entleerter Blase, so lange wiederholt, bis Spülflüssigkeit klar herauskommt; dann läßt man 10 bis 15 g in der Blase zurück. Die Borsäurespülungen sind mit Darreichung von Salol oder Balsamicis zu verbinden. Verträgt die Blase 50 g Flüssigkeit, so geht man zu stärker desinfizierenden Präparaten über; am besten Argentum nitricum, das sicherer wirkt als Argentamin, Albargin, Protargol, Argonin oder Itrol. Auch Einspritzung von Kal. hypermang. mittels Katheter ist anzuraten, wobei darauf zu achten ist, daß ersteres nach der Einspritzung vollkommen aus der Blase entfernt wird. Das Arg. nitr. wird in Lösungen von 0·25—1 g auf 1000 zu Blasenspülungen verwendet. Derselben geht eine Ausspülung mit lauwarmem sterilem Wasser, Borsäure oder physiologischer Kochsalzlösung voran. Als weitere Injektionsmittel werden empfohlen: Salizylsäure 1:200, Resorcin 3:100, Chinin sulfuricum 0·5:400. Bei den anderen Formen der akuten Zystitis hat sich von internen Mitteln das Urotropin am besten bewährt, besonders bei ammoniakalischem Harn. Bei stark saurem Harn wird mit Vorteil Aqua calcis 30—35 g in einem Glas Milch dreimal pro die gereicht. Ferner alkalische Wässer, Preblauer, Biliner, außerdem Salizylsäurepräparate, Benzoesäure und Methylenblau 0·1—0·5 pro dosi, 1 g pro die in Oblaten oder Kapseln. Bei alkalischem Harn ausschließlich Pflanzen- und Milchkost, dazu geringe Mengen leichter Fleischspeisen, grüne Gemüsearten, Fruchtsäfte, Kompotts und leichte Mehlspeisen.

Bei chronischer Zystitis hat sich am besten Urotropin bewährt, als lokale Behandlung das Argentum nitricum. Es kommen ferner in Betracht: Zincum sulfuricum oder sulfocarbolicum 0·5—1%, Alaun 0·5%. Auch bei diesen Lösungen muß vorher das Blaseninnere mit indifferenten Flüssigkeiten ausgewaschen werden. Gute Dienste leisten auch die Zanetschen Spülungen mit Kal hypermang. in Lösungen von 0·5—1:1000.

Bei tuberkulöser Zystitis wurde die Einspritzung von Jodoformemulsion empfohlen (Jodoform 50·0, Glyzerin 40·0, Aqu. dest. 10·0, Gummi tragac. 0·25, davon zu Blasenspülung $^1/_2$ Eßlöffel in 500 g Wasser). Bei lokaler Schleimhautentzündung Injektion einer kleinen Menge konzentrierter Arg. nitr.-Lösung mittels der Gregorschen Spritze. Bei Fieber ist regelmäßige Stuhlentleerung anzustreben, außerdem Ausspülung der Blase, Salol,

salizylsaures Natron oder Aspirin. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49, 1906.)

3. W e i n r i c h empfiehlt für die Beseitigung gutartiger, nicht zu großer Papillome der Harnblase die intravesikale Methode N i t z e s. Als gutartig ist ein zottiger Tumor anzusehen, wenn er im kystoskopischen Bilde einen deutlichen Stiel oder stark eingeschnürte Basis besitzt. Auch die gutartigen Papillome sind wegen der Hämaturien und sekundären Harinfektion, ferner wegen der Möglichkeit, sich in bösartige Tumoren umzuwandeln, radikal zu operieren. Die intravesikalen Operationsresultate N i t z e s sind günstiger als die bisher durch Sectio alta erzielten; sie ist ungefährlicher und wesentlich angenehmer für den Kranken als letztere. Sie wird niemals Allgemeingut aller Chirurgen werden, sondern stets spezialistisch gebildeten Operateuren vorbehalten sein. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 80, H. 4.)

Plastische Induration des Penis. Ref. D e u t s c h, Wien.

1. Plastische Induration des Penis und Dupuytrensche Kontraktur. Von H. N e u m a r k.

2. Ueber die Induratio penis plastica. Von L W a e l s c h.

1. Unter den ätiologischen Momenten für die Penisinduration wird die gichtische Diathese ziemlich häufig genannt. Der Fall, welchen der Autor in Kürze skizziert, bot tatsächlich die Kombination von plastischer Induration mit D u p u y t r e n scher Kontraktur dar, während schmerzhafte Anfälle in einer großen Zehe vor einigen Jahren bestanden hatten. Seit vier Jahren besteht die Kontraktur des vierten Fingers der linken Hand, vor $2^1/_4$ Jahren bemerkte der Patient eine erbsengroße Verhärtung am Dorsum penis, die sich allmählich schmerzlos vergrößerte. Bei Erektionen Druckgefühl an der Penisspitze, Glied nach oben abgebogen, Potentia coëundi vorhanden. Trauma möglicherweise vorausgegangen; bisherige Behandlung: Jodvasogen, Einreibungen von Unguentum cinereum, Injektionen von Thiosinamin und Fibrolysin ohne Erfolg. Da weder ein sicheres Trauma, noch auch venerische Erkrankungen vorausgegangen, dagegen Gichtanfälle anamnestisch zu erheben sind — derzeit keinerlei gichtische Veränderungen — so weist der Autor nachdrücklichst auf die Trias Dupuytrensche Kontraktur, Penisinduration, Gicht hin. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 46, 1906.)

2. Dieses Krankheitsbild ist bekanntlich charakterisiert durch „das Auftreten umschriebener, anfänglich scharf begrenzter, derber bis knorpelharter Stränge oder Knoten, von Bohnengröße und darüber, oder plattenförmiger Gebilde, welche zumeist, mehrere hintereinander gelegen, in der Mittellinie des Penis, an dessen Dorsalfläche, sich entwickeln.“ Sie greifen dann in das Corpus cavernosum über und erzeugen — an sich schmerzlos — entweder intra coitum Schmerzen oder machen gar durch Knickung die Erektion unvollständig.

Der Autor bringt nun drei Beobachtungen, die als Krankheitsbild nichts Neues bieten; wir wollen daher bloß hervorheben, daß bei allen dreien anamnestisch Gonorrhöe erhoben werden konnte, daß bei zweien vielleicht ein traumatischer Ursprung sich hätte konstruieren lassen — der eine war überdies Hämophile — und daß der dritte Patient auch Lues durchgemacht hatte.

In der Aetiologie der Penisindurationen spielen die schweren Infektionskrankheiten eine gewisse Rolle, da neben eventuellen Metastasen insbesondere die durch die schweren Ernährungsstörungen bedingte leichte Zerreißbarkeit der Gefäße Anlaß zur Blutung und nachträglichen Schwiele geben kann. Außerdem gibt es eine ganze Reihe von Beobachtungen, wo eine zweifellose Blutung traumatischen Ursprungs den Ausgangspunkt der Induration bildete. Ebenso steht es auch fest, daß Gonorrhöe (nach akuter oder chronischer Kavernitis) oder auch Syphilis und endlich Neubildungen solche Knoten hervorbringen können.

Der Autor nimmt aus all diesen verschiedenen Prozessen als „eigentliche chronische Induratio penis plastica“ die von allem Anfang an sich chronisch entwickelnden Knoten und Stränge mit bisher

unbekannter Aetiologie an, welche am Dorsum penis in der Medianlinie auftreten und sekundär auf das Corpus cavernosum übergreifen.

Finger und Horovitz betrachten den Prozeß als senile Veränderung, die der letztere mit Arteriosklerose in Zusammenhang bringt. Bei Betrachtung der eigenen Fälle schließt sich Waelsch diesem Urteil an, insofern als auch er der Anschauung ist, daß es sich um eine von den Gefäßen ausgehende Erkrankung handelt, die wohl mit der Arteriosklerose nichts zu tun hat, sondern eine chronisch verlaufende Phlebitis und Periphlebitis sein mag. Diese Annahme werde durch die Art der Ausbreitung, durch den Sitz und die Verteilung der Knoten gestützt.

Therapeutisch ist nach der Mehrzahl der Autoren von der Behandlung kaum etwas zu erwarten, da der großen Zahl von Mißerfolgen bloß wenige Heilungen gegenüberstehen. Dem Autor gelang es, durch Injektionen von Fibrolysin (zwei Zyklen von je 25 Injektionen) Heilung zu erzielen, dazu erwähnt Waelsch selbst, daß Sachs von Thiosinamin keine Erfolge sah. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 41, 1906.)

Dermatologie.

Hautleiden der Genitalsphäre.

1. Ueber den Herpes sexualis. Von Prof. Dr. Bettmann. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

2. Ueber Kraurosis vulvae. Von Oskar v. Linck. Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig. Ref. Fritz Loeb, München.

1. Der Herpes sexualis hängt mit physiologischen oder pathologischen Momenten im Bereich der Sexualsphäre zusammen. Er verlauft fieberlos und stellt oft eine habituelle Erkrankung dar. Er kann neben den Genitalien auch an anderen Haut- und Schleimhautpartien auftreten; häufig ist letzteres der Fall beim Menstrualherpes. Der Sexualherpes der Männer beschränkt sich fast immer auf die Haut des Penis und die angrenzenden Hautpartien. Der Sexualherpes der Frau tritt besonders in Beziehung zur Menstruation auf, er tritt vor, während oder nach derselben auf, kann jede Menstruation begleiten oder auch zeitweise fehlen. In den ersten Monaten der Gravidität pflegt der Herpes menstrualis fortzudauern; nach bestandener Gravidität stellt er sich wieder ein; die Laktationsperiode ist frei, ebenso Klimakterium. Beim Manne tritt der Herpes sexualis besonders nach dem Koitus auf, oft nach Pollutionen und bei Onanisten. Rezidivierende Herpeseruptionen äußern sich mit Vorliebe am Orte des luetischen Primäraffekts oder wo länger dauernde Sekundärsymptome gesessen hatten. Ein gewisser Einfluß ist auch der Gonorrhöe zuzuschreiben. Es gibt auch eine familiäre Disposition zum habituellen Herpes. Zuweilen kommt er nach intraurethralen Eingriffen vor. Die Aetiologie ist noch unklar; man schwankt zwischen toxischer und nervöser Ursache. — (Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. 88, H. 1—3.)

2. O. v. Linck gibt in seiner fleißigen, umfangreichen Arbeit eine gute Uebersicht über die Therapie der Kraurosis vulvae. Die Behandlung ist eine ausschließlich lokale und besteht in medikamentösen, teils in chirurgischen Eingriffen. Breisky verordnete Applikation von milden Salben und bei bestehendem Vaginalkatarrh Sitzbäder mit Zusatz von Glyzerin. Ohmann-Dumesnil sah Erfolge bei der Anwendung von Salizylsäure und Tannin. Orthmann machte ohne Erfolg Aetzungen mit Argentum nitr. und Acidum chromic., sowie Holzessigspülungen. Besserung erzielte Hallowel durch 5%ige Quecksilbersalbe und Massage. Völlige Heilung erreichte Frederik mit Jodtinkturpinselungen, ebenso Smith mit Karbolsäure. Benike sah Besserung eintreten durch Pinselung mit 10%iger Kokainsalbe und Auftragen von Lassar'scher Salizylpaste. Heller touchierte die Plaues mit Formalin und ließ Einpinselungen mit Ichthyol und Wasser aa nebst heißem Wasserumschlägen machen und erreichte dadurch Heilung. Ewald erreichte vorübergehende Besserung unter Anwendung von Umschlägen von Phenol und Alkohol sowie Sitzbädern. Trespe sah keinen



Erfolg mit Zinkpaste und Waschungen mit desinfizierenden Lösungen. Heitzmann wandte mit Erfolg eine kombinierte Behandlung an. Er kurettierte die einzelnen Stellen energisch aus und ätzte dann nach entweder mit 0·5—1·5%iger Salizylsäure oder mit Liquor sesquichloratus oder mit 6%iger Pyrogalluslösung oder Essigsäure (mit 10% Eisessig). Nach zwei- bis dreimonatlicher Behandlung waren sämtliche Beschwerden gehoben. Martin sah Rückbildung der Atrophie und völliges Verschwinden der Stenose durch brüske Dehnung der deutlich ausgesprochenen Vestibularstenose und daran anschließende Sitzbäder, Salbenauflegung und Jodpinselung. Einen ähnlichen Weg mit Dilatation und energischer Höllensteinätzung schlugen P. Jung und Gördes mit Erfolg ein. Einer neuen Methode bediente sich Orthmann, der die kraurotischen Partien exstirpierte und die Wundränder durch Naht vereinigte. Unter vier Fällen erreichte er in dreien Heilung per primam, im vierten trat nach ½ Jahre Rezidiv auf. Erfolge durch Exzision wurden ferner von Martin und Czempin erzielt. Die operative Methode hat daraufhin viele Anhänger gefunden und führte meist zum Ziele. Zum Schluß erwähnt Vf. die Anwendung der Röntgen-Strahlen. Stover benützte zur Bestrahlung eine Kiniraidsche Röhre von mittlerer Stärke und 220 Volt Spannung. Die Belichtungen dauerten (zweimal) je 10 Minuten. Schutz der Umgebung. Heilung. — (Diss. Leipzig 1906, 135 S.)

Untersuchungen über die Wirkung des Atoxyl auf Trypanosomen und Spirochäten. Von Uhlenhuth, Groß und Bickel. Ref. Nobl, Wien.

Die von Lingard und Bruce bei der Surra- und Tsetsekrankheit mit einigem Erfolg verwertete Arsenbehandlung, die dann späterhin auch von anderen Forschern aufgenommen wurde, bestimmte Prof. Uhlenhuth zu ähnlichen Versuchen. Bei der Dourine (Beschälseuche), als deren Erreger Trypanosoma equiperdum gilt, sahen Vf. von Atoxyldosen subkutan einverleibt bei Ratten eine entschiedene Hemmung des Krankheitsvorganges. Die Blutparasiten werden bei Einzelgaben von 0·03 Atoxyl immer wieder zur Abtötung gebracht. Kaninchen, die gleichfalls der Dourininfektion zugänglich sind und bei welchen ein Gewebsparasitismus zustande kommt, reagieren selbst im schwerkranken Zustande günstig auf Atoxyl. Gewisse Ueberlegungen führten Vf. dazu, die Atoxylbehandlung auch bei anderen Protozoenkrankheiten zu versuchen. Die von Schaudin vertretene Ansicht, daß gewisse Spirochäten besondere Entwicklungsstadien der Trypanosomen darstellen, ließ den Atoxylversuch bei Spirillose der Hühner angezeigt erscheinen. Auch diesen durch Sp. gallinarum (Marchoux-Salimbeni 1903) bedingten Prozeß gegenüber kam die Schutz- und Heilwirkung des intramuskulär eingespritzten Atoxyls zur Geltung. Als Infektionsdosis diente 1 cm³, das an einer anderen Stelle getrennt ebenfalls intramuskulär injiziert wurde. Die gewöhnliche Atoxylmenge betrug 0·05 g. Die mit Atoxyl behandelten Tiere zeigen bei negativem mikroskopischen Spirochätenbefund keine Krankheitserscheinungen, während die unbehandelten Hühner krank werden oder auch zugrunde gehen und im Blute massenhaft Spirochäten führen. Bemerkenswert erscheint, daß mit dem Blute gesund gebliebener Atoxylhühner geimpfte Hühner krank wurden, obwohl das verimpfte Ausgangsmaterial bei vorherigen Untersuchungen parasitenfrei befunden wurde, offenbar hatten sich doch in der Virulenz beeinträchtigte, im Bestande reduzierte Parasiten zu erhalten gewußt. Die erfolglose Nachimpfung der Atoxylhühner ließ auf komplette Immunität schließen, woraus sich wieder ein Ausblick auf die Möglichkeit ergibt, aktiv gegen die Spirillose zu immunisieren. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4, 1907.)

Folliculitis (Sykosis) sclerotisans. Von Doz. Dr. R. F. Šamberger. Ref. Nobl, Wien.

Dem Hinweise liegt die Beobachtung eines 73jährigen Mannes zugrunde, der seit 20 Jahren eine von Pustelchen der Oberlippe ausgehende knotige Wucherung dieser Region darbietet. Die über dem Filtrum sitzenden blaurötlichen Knoten

setzen sich in flachere Infiltrate gegen den rechten Mundwinkel fort. Die histologische Analyse ergibt eine oberflächliche Kutisentzündung um die Haarbälge herum, sowie die Formation eines aus netzförmig verfilzten Bindegewebsbündeln zusammengesetzten Tumors. Die ursprüngliche Follikulitis der Oberlippe hatte nach jahrelangem Bestande zur bindegewebigen Induration geführt. Der Fall steht in voller Analogie zu der geläufigen Gruppe der sklerosierenden Follikulitiden als deren Prädidektionsstelle die Nackenhaargrenze anzusprechen ist. Das primäre Stadium eines solchen Nackenkeloids (Dermatitis papillaris, Capillitii [K a p o s i], Aknekeloid [B a z i n], F. n. sclerotisans [E h r m a n n]) hat Vf. gleichfalls untersucht und die Veränderung als streng an den Haarbalg lokalisierte eiterige Entzündung bestimmen können. Im klinischen Bilde keineswegs den Eindruck der Suppuration darbietend, führt der Gewebsbefund zu kleinsten Abszessen, die von intakter Epidermis überdeckt werden. Es ergibt sich hieraus ein, übrigens von allen Nachprüfern der K a p o s i schen Befunde hervorgehobener Gegensatz zur anatomischen Interpretation des Prozesses seitens dieses Autors. Charakteristisch sind einzig und allein die beiden Stadien der perifollikulären Enzündung und der keloidartigen Geschwulstbildung. S a m b e r g e r s Erwägungen führen zur Annahme, daß sowohl perifollikuläre einfache und eiterige Entzündungen, als auch Prozesse, die nicht an den Follikularapparat gebunden sind, zu keloidartigen Wucherungen führen können und auch andere Hautbezirke als die Nackengegend den Standort ähnlicher Läsionen (Oberlippe) abgeben können. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 83, H. 2.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Gonokokkensepsis. Ref. E. S p i t z e r, Wien.

1. Ueber Gonokokkenseptikämie mit Nachweis der Gonokokken im Blute. Von M. F a u r e - B e a u l i e u.

2. Ein Fall von Gonokokkämie bei einem Säugling mit Blenorrhöe. Von Stabsarzt Dr. H o c h e i s e n in Berlin.

3. Gonorrhoische Lymphangitis und Gonokokkenmetastasen ohne nachweisbare Schleimhautgonorrhöe. Von Dr. Frank S c h u l t z in Berlin

4. Ein neuer Fall von metastatischer blenorrhoischer Phlegmone. Von S c h w a r z.

Neben den auf das Urogenitalsystem beschränkten, direkten Erscheinungen der Gonorrhöe gibt es eine Reihe von allgemeinen Krankheitserscheinungen, die dadurch hervorgerufen werden, daß die Gonokokken in die Blut- und Lymphbahnen gelangen und mit der Blutzirkulation in verschiedene Organe eingeschleppt werden. Daß es sich bei diesen der Pyämie und Septikämie ähnlichen Erkrankungen um das Eindringen des Gonokokkus Neißer handelt, wurde in den meisten Fällen bakteriologisch sichergestellt.

1. F a u r e - B e a u l i e u berichtet über 33 fremde Beobachtungen und fügt eine eigene hinzu, wo der Gonokokkus im Blut in vita konstatiert werden konnte. Die Eindringungspforten für den Gonokokkus in den Kreislauf sind die Kapillaren und kleinsten Venen. Unter den 34 Fällen fanden sich in acht als Sekundärerscheinungen verschiedene Hautaffektionen, so Herpes labialis, Purpura und Erythema nodosum. Oft sieht man subkutane Hautabszesse, die entweder Gonokokken in Reinkulturen oder mit Kolibazillen vermischt aufweisen. Als häufigste Metastase tritt der Tripperrheumatismus auf. Unter den 34 Fällen war in 26 eine Beteiligung der Gelenke, meistens polyartikulär; nur sehr selten ein Befallensein der Sehnenscheiden. Den Gelenkaffektionen der Zahl nach am nächsten stehend, an Schwere sie aber bei weitem übertreffend, ist die Mitbeteiligung des Herzens durch Verschleppung des Gonokokkus. Unter den 34 Fällen waren 12 gonorrhoische Endokarditiden mit 70% Mortalität. Ergriffen waren in fünf Fällen die Valoula mitralis, in zweien die Valonla tricuspidalis, viermal die Aortenklappen und einmal die Pulmonalklappen. Zwei Formen der Endokarditis gonorrhoica werden beschrieben, eine mehr gutartige und eine maligne infektiöse, die zu Ulzerationen führt und

durch Embolie häufig den Tod herbeiführt. Perikarditis wurde nur einmal beobachtet.

Das die Allgemeininfektion begleitende Fieber hat den Charakter eines intermittierenden, verbunden mit Schweißausbrüchen. Die Prognose ist eine sehr ernste, da von den 34 Fällen 10 letal endigten.

Zum Zwecke des bakteriologischen Nachweises rät Vf. die Beschickung von Bouillon-Aszitesflüssigkeit im Kolben mit dem zu untersuchenden Blute und erst nach 24 Stunden die Besäung auf feste Nährböden. — (These de Paris, 1906.)

2. Gonorrhoische Allgemeininfektionen bei Säuglingen mit Blenorrhöe sind in der Literatur im ganzen 20—25 Fälle beschrieben worden. Die Sicherung der Diagnose durch Bakterienkultur ist aber nur in einer geringen Anzahl der Fälle gemacht worden. Vf. wählt für das Krankheitsbild den von Bumm vorgeschlagenen Namen „Gonokokkämie", da es sich um ein Eindringen der Gonokokken ins Blut von einem primär erkrankten Krankheitsherd handelt, da ferner die Invasion der Gonokokken in einzelnen Schüben erfolgt, wie bei der typischen Pyämie mit Metastasenbildung in Gelenken, Sehnenscheiden und äußerer Haut, und da das Allgemeinbefinden stark alteriert ist. Als Selbstbeobachtung führt Vf. ein Kind an, das zwei Tage post partum trotz Credéscher Einträufelung an Conjunctivitis blenorrhoica erkrankte. Vom sechsten Tage an entwickeln sich Schwellungen über den Handgelenken, an den Sehnenscheiden, an den präaurikularen Drüsen und über dem Muscul. glutaeus mit einem Nachschub von Abszeßbildung über dem Trochanter maj. am 28. und 34. Tage. Im Punktionseiter wurden kulturell ausschließlich Gonokokken gefunden. Charakteristisch für die Pyämie, die nur durch Gonokokken hervorgerufen wird, sei die geringe Tendenz zur Einschmelzung der Abszesse und das gelinde Fieber, während bei Mischinfektionen der Gonokokkus bald überwuchert wird und das Krankheitsbild ein viel schwereres ist.

Nach der Ansicht Römers sei die intakte Konjunktiva wegen ihres anatomischen Baues und wegen der Bespülung mit Tränenflüssigkeit wenig geeignet für das Eindringen der Gonokokken, wohl aber die Schleimhaut der Nase und Tränenwege. Ist aber die Konjunktiva entzündlich verändert, so hat der Gonokokkus reichlich Gelegenheit, in den Gewebsspalten seinen Weg zu nehmen. — (Arch. f. Gynäkol., Bd. 79.)

3. Eine primäre gonorrhoische Infektion der Lymphgefäße des Penis und von da ausgehende Gonokokkenmetastasen ohne Schleimhautgonorrhöe scheint ein äußerst seltener Befund zu sein. Eine Allgemeininfektion mit Gonokokken, ohne daß die Eingangspforte des Erregers sicher nachgewiesen werden kann, nennt Schultz eine „metastatische gonorrhoe d'emblée". Er beschreibt bei einem jungen Manne, der früher nie eine Gonorrhöe hatte, eine vier Tage nach dem Koitus akut aufgetretene Lymphangitis am Dorsum penis verbunden mit Schwellung in der Gegend des rechten Muscul. deltoideus, an den Phalangometakaupalgelenken und am Fußrücken. Die Punktionsflüssigkeit einer solchen Schwellung ergab auf Serumagar gestrichen nach 24 Stunden typische Gonokokkenkolonien. In der Urethra war nie Sekret vorhanden, und im Urin konnten Gonokokken nicht nachgewiesen werden.

In jedem Falle einer solchen „kryptogenetischen" metastatischen Gonorrhöe müssen alle zugänglichen Invasionspforten der Gonorrhöe genau untersucht werden. Dies sind präputiale Gänge, das Rektum; Kinnball macht auf die Mundschleimhaut, Johnson auf den eiternden Nabel eines Kindes aufmerksam.

Daß die Gonokokken in die Lymphgefäße eindringen können, ist durch die Untersuchungen Nobls erwiesen. Gewöhnlich geschieht dies von der Schleimhaut aus. Wir kennen aber auch gonorrhoische Haut- und Schleimhautgeschwüre, wir wissen, daß die Hautfollikel gonorrhoisch erkranken können, so müssen wir auch an eine Lymphangitis denken, die ihren Ausgangspunkt von der äußeren Haut nimmt.

Vf. weist an der Hand des oben zitierten Falles nach, daß ohne Schleimhautgonorrhöe eine wohl unzweifelhaft gonorrhoische Lymphangitis, und von dieser aus

Gonokokkenmetastasen entstehen können. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1906.)

4. Schwarz beschreibt einen Fall, wo bei einer Patientin, die an Leukorrhöe, Salpingitis und Adnexitis litt, am rechten äußeren Fuße unter Entzündungserscheinungen eine ödematöse Schwellung auftrat. Eine ausgeführte Inzision ergab Gonokokken im entleerten Eiter. — (Rev. méd. de la Suisse rom. Nr. 1, 1906.)

Ueber Haarausfall bei tertiärer Lues. Von Dr. Carl Leiner, Wien. Ref. E. Spitzer, Wien.

Während die Alopezie bei akquirierter Lues von Giovannini, H. v. Zeißl u. a. genau studiert und beobachtet wurde, macht Vf. auf das häufige Vorkommen des Defluvium capillorum bei hereditär Luetischen aufmerksam.

Hochsinger führt die Haarlosigkeit des Schädels und der Superziliargegend bei hereditär Luetischen auf eine durch Syphilis gesteigerte Seborrhöe mit diffusen Infiltrationsprozessen an diesen Stellen zurück. Vf. zeigt uns an der Hand von drei zitierten Fällen, wie bei hereditärer Lues, genau so wie bei der akquirierten, zwei Formen des Haarausfalles zu unterscheiden sind, nämlich das Defluvium capillorum diffusum und das Defluvium capillorum circumscriptum, gewöhnlich areoläre Alopezie genannt.

Das Defluvium capillorum diffusum, bisweilen von Seborrhöe begleitet, ist ein Frühsymptom der Lues und tritt in der Eruptionsperiode akut auf, während die areoläre Alopezie gewöhnlich erst nach Verschwinden des Exanthems, häufig zur Zeit von Rezidiven, sichtbar wird. Bei luetischen Kindern kommt manchmal die diffuse und zirkumskripte Form gleichzeitig vor. Häufig zeigen luetische Kinder, die bei der Geburt einen normalen Haarwuchs haben, gegen Ende des ersten bis zweiten Monats einen raschen Ausfall der Haare, so daß es binnen kurzer Zeit zur totalen Haarlosigkeit, die mehrere Monate bestehen kann, kommt.

Im Gegensatz zu dieser Form findet sich die Alopecia syphilitica congenita nur bei Neugeborenen mit schweren Symptomen von Lues.

Die Alopecia diffusa und circumscripta steht mit einem Exanthem der Kopfhaut in keinem kausalen Zusammenhang. Sie dürften durch toxische Ernährungsstörungen hervorgerufen sein und sind allen Behandlungsmethoden gegenüber sehr hartnäckig. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 78, 1906.)

Zur Infektiosität der malignen und tertiären Syphilis. Von A. Buschke und Fischer. Ref. Fritz Loeb, München.

Positive Ueberimpfungen alter Initialsklerosen und besonders ein von den Vf. beschriebener Fall, bei dem ein anscheinend spirochätenfreier Herd sich als außerordentlich virulent erwies, zeigen, daß es Fälle gibt, in denen ältere und jüngere intensiv luetische Infiltrate entweder von Spirochäten frei sind oder wenigstens möglicherweise dieselben nur außerordentlich spärlich enthalten, trotzdem offenbar die Infektiosität weiter besteht. Hält man die Spirochaeta pallida für den ätiologischen Faktor der Syphilis, so ergeben sich zwei Schlußfolgerungen aus obigem: entweder es genügen ganz vereinzelte, im Impfungsmaterial enthaltene Spirochäten, um einen intensiven Impfeffekt zu erzielen, oder es muß in solchen intensiveren Infiltraten das Vorhandensein einer andederen Form der Spirochäten angenommen werden. — (Med. Klinik Nr. 138, 1906.)

Serumbehandlung der Syphilis. Von A. Risso und A. Cipollina. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die erste Mitteilung über ihr Syphilisserum haben Risso und Cipollina schon auf dem Kongreß für Dermosyphilopathie in Berlin, Sept. 1904, gemacht. Das Serum wird erhalten von Tieren, die wiederholt mit luetischem Material injiziert worden sind und erhält einen geringen Zusatz von in „hämolytischer Lösung begriffenen" Erythrozyten der nämlichen Tierspezies. In Dosen von 2 cm^3 zur Injektion wird das Serum meist gut ertragen; doch gibt es Fälle, in denen schon 1 cm^3 schädlich wirkt; für solche Fälle kommt ein schwächeres Serum in den Handel

„Antitossina sifilitica di 1° grado" im Gegensatz zu dem stärkeren „Antitossina sifilitica di 2° grado". Die Erfahrungen der Vf. stützen sich auf etwa 50 Fälle; die Resultate stehen ihrer Ansicht nach hinter denen anderer Behandlungsmethoden mindestens nicht zurück. Die benützten Dosen waren täglich 2—5 cm³; doch handelte es sich vielfach um schwere Fälle; im allgemeinen wird man mit 1—2 cm³ des stärkeren Serums auskommen. Die glänzendsten Resultate erzielt man im Tertiärstadium der Syphilis, und Vf. berichten u. a. über einen Fall von gummöser Osteoperiostitis des Schädels, wo Hg völlig wirkungslos war, während die Serumbehandlung zur Heilung führte. Vf. bringen noch in extenso über 13 Fälle Krankengeschichten, deren Wiedergabe hier zu weit führen würde. In Fällen, wo das Serum schlecht ertragen wird, kommt es zu lokalem Schmerz, Fieber, Urtikaria und ganz besonders zu hartnäckigen regionären Drüsenschwellungen. — (Gazz. degli osped., 21. Okt. 1906.)

Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen. Von Prof. Dr. Wilh. Erb. Heidelberg. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Die Ergebnisse der bisher aufgestellten Tripperstatistiken sind zum großen Teil sehr übertrieben, insbesondere die Angaben von Blaschko für die Häufigkeit des Trippers unter der männlichen Bevölkerung speziell Berlins. Bei einem Material von zirka 2000 Fällen, das sich aus Männern der höheren und höchsten Stände, aus allen zivilen und militärischen Berufskreisen und vielen Nationen zusammensetzt, fand Erb Schanker allein in 7·7%, sekundäre Syphilis in 18·2%, Tripper in 48·5%, keinerlei Infektion in 45% der Fälle. Danach würde fast jeder zweite Mann einmal tripperkrank gewesen sein und nicht 80—100% anderer Autoren. Von 368 Männern — nur Verheiratete sind berücksichtigt — akquirierten 84·7% im Alter von 16—25 Jahren, 11·4% im Alter von 26—30 Jahren, 3·2% im Alter von 31—40 Jahren, in noch späterem Alter 0·5%. Zur genaueren Feststellung der Häufigkeit des Trippers empfiehlt Erb besondere Statistiken für die Arbeiterbevölkerung, Handwerker, für die Bauern, die Landbevölkerung, für Gewerbs-Kaufmannsgehilfen, für die Großstadtbevölkerung, für die Industriebezirke etc. Eine gleiche Art der Statistik ist auch für die Frauen anzustreben; denn auch die Angaben der Folgen des Trippers der Männer für die Frauen, die Ehe und die Kinderzahl seien von anderen Autoren sehr übertrieben und deshalb höchst unzuverlässig. Von den Frauen der zirka 400 Männer, die vor der Heirat an Tripper gelitten hatten, waren 93·75% frei von Gonorrhöe, 4·25% sicher, 2% nicht sicher gonorrhöisch erkrankt. Von Vergiftung der Ehe und Unfruchtbarkeit ist bei Erbs Statistik nicht viel zu merken. Das Einkindersystem ist nicht als Folge des Trippers zu betrachten. Eine geringe Distanz zwischen Tripper des Mannes und der Heirat involviert keine besondere Gefährdung der Frau. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 48, 1906.)

Beiträge zum Nachweis der Spirochaete pallida in syphilitischen Produkten. Von E. Riller. Ref. Deutsch, Wien.

Die vorliegende Publikation bietet im wesentlichen keinerlei neue Gesichtspunkte, da hauptsächlich Befunde, die nun bereits in ungezählten Arbeiten vorliegen, neuerdings bestätigt werden. Da Saling es versucht hat, die ätiologische Bedeutung der Spirochaete pallida zu „diskreditieren", da bei Schnittfärbungen in der Haut sicherlich die Verwechslung mit Nervenendigungen differentialdiagnostisch in Frage komme, so haben bereits Kontrolluntersuchungen einer Reihe von Autoren diesen Einwand zurückgewiesen. Auch der Autor beabsichtigt solche Kontrolluntersuchungen, hat sie aber bisher nicht ausgeführt. Anderseits blieben seine Versuche, ein abgekürztes Verfahren für die Schnittfärbung ausfindig zu machen, bisher erfolglos, so daß er sich tatsächlich darauf beschränken muß, zu berichten, daß er in sechs klinisch sicheren Luesfällen bloß dreimal die Spirochäte nachweisen konnte etc. etc. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 41, 1906.)

Kinderheilkunde.

Säuglingsernährung.

1. Ueber die Fettresorption bei Kindern. Von T. P. Shaw, A. Lorne und C. Gilday. Ref. M Kaufmann, Mannheim.

2. Versuche über das Absterben von Bakterien in physiologischer Kochsalzlösung und in Milch bei Kochen unter erniedrigtem Druck. Von Viktor Grimm. Ref. Fritz Loeb, München.

3. Zur Frage der Säuglingsernährung. Von Dr E. Fuhrmann. Ref. Fromm, München.

4. Die Buttermilch als Säuglingsnahrung. Von Dr. Gustav Tugendreich. Ref. Fromm München.

1. Das Ergebnis der Untersuchungen Shaws und Gildays über die Fettresorption beim Kinde ist, daß bei Brustkindern etwa 4%, bei Flaschenkindern etwa 5% des Fettes im Stuhl wieder erscheint. Die Fettsäuren übertreffen gewöhnlich das Neutralfett und die Seifen an Menge. Die Seifen sind relativ vermehrt bei künstlich genährten Kindern, bei solchen mit geringer Fettzufuhr und bei Durchfällen. — (The Brith. Med. Journ., 13. Okt. 1906.)

2. Die Versuche von Grimm haben folgendes ergeben:

1. Die in physiologischer Kochsalzlösung suspendierten verschiedenen Bakterienarten (Bacillus fluorescens liquefaciens, Bacillus prodigiosus, Bacterium coli, Staphylococcus pyogenes aureus) können in der siedenden Flüssigkeit bedeutend schneller abgetötet werden als durch Erwärmen ohne Sieden bei gleicher Temperatur.

2. Die von Schut jun. angegebenen Zeiten haben sowohl beim Kochen als auch beim Erwärmen häufig nicht ausgereicht, um die Bakterien zu töten, sondern die letzteren mußten den Versuchsbedingungen meist länger ausgesetzt werden.

3. Bei Milch ließ sich bei dreistündigem Kochen bei 52° C. eine stärkere Abnahme der Keime nachweisen als durch dreistündiges Erwärmen bei derselben Temperatur.

4. Das dreistündige Kochen der Milch unter Niederdruck bei 52° C. kann das Buddesche Verfahren nicht ersetzen; denn es wurde nachgewiesen, daß zwar Dysenterie-, Diphtherie- und Cholerabazillen allein schon durch das dreistündige Erwärmen absterben, der Typhusbazillus und der Milchsäurebazillus aber trotz des Siedens am Leben bleiben. — (Diss. Berlin 1906.)

3. Fuhrmann greift aus dem Thema der Säuglingsernährung eines der wichtigsten Teilgebiete, die sogenannten „Kontraindikationen zum Stillen", heraus und kommt am Schlusse seiner Ausführungen noch mit einigen Worten auf die Probleme bei der Herstellung der künstlichen Säuglingsernährung zu sprechen. Unter kritischer Würdigung der verschiedenen Ansichten gibt er seine eigenen Anschauungen kund, die, was die Tuberkulose der Mutter betrifft, dahin gehen, daß, „wenn das Kind bei der Mutter bleibt, derselben bei gutem Ernährungszustand das Stillen wohl gestattet werden darf, wobei natürlich auf gründliche Sauberkeit vonseiten der Mutter zu achten ist, dann werde das Kind nicht größere Gefahr laufen als ein einer Amme überwiesenes oder künstlich ernährtes Kind derselben Mutter". (Welche Gefahr das einer einwandsfreien Amme überwiesene Kind laufen soll, ist dem Ref. allerdings nicht recht verständlich.) — Bezüglich der Syphilis empfiehlt Vf. das manifest luetische Kind ruhig an die Brust der symptomfreien Mutter und umgekehrt das symptomfreie Kind an die Brust der luetischen Mutter zu legen. Aber auch der erst während vorgeschrittener Gravidität infizierten Mutter sollte das Kind an die Brust gelegt, keinesfalls aber einer Amme die Entscheidung überlassen werden. (In solchen Fällen zieht Ref. mit dem erfahrenen Finkelstein unter allen Umständen die künstliche Ernährung vor.) — Von den akuten Krankheiten gilt dem Vf. Scharlach als absolute Kontraindikation zum Stillen; bei dem langen Inkubationsstadium der Masern dürfte man mit dem Absetzen von der Brust wohl stets zu spät kommen. (Neugeborene und junge Säuglinge gelten ohnehin für immun gegen das Maserngift. Ref.) — Mit Czerny und Keller untersagt Vf. das Stillen bei Erysipel und Diphtherie, findet jedoch den Vorschlag der genannten Autoren für beherzigenswert, eine

Präventivinjektion mit Diphtherieheilserum zu machen, um so das Weiterstillen zu ermöglichen. Er selbst hat in einem Falle von diphtherischer Erkrankung der Mutter, diese das Kind ohne jede Schädigung für dasselbe weiter anlegen lassen, nur daß jedesmal Brustwarzen und Hände gründlich gereinigt und der Mund der Stillenden mit einem Tuche verbunden wurde.

Variola und Typhus sind keine absoluten Kontraindikationen. — Bei Mastitis wird man nur, wenn der Herd in unmittelbarer Nähe der Brustwarze liegt oder wo bereits Fluktuation besteht, das Kind von der (erkrankten; Ref.) Brust absetzen müssen. — Schrunden können meist durch Saughütchen geschützt, eingezogene Brustwarzen durch starke Kinder häufig angesogen werden.

Verdienstlich ist es, daß Vf. dem Aberglauben an „schlechte" Milch entgegentritt und die dahingehenden Untersuchungen als praktisch wertlos bezeichnet. Man tut besser daran, falls das Kind an der Brust nicht gedeiht, seine Diät und die Lebensweise der Stillenden genau zu regeln. — Bei anscheinendem Milchmangel rät Vf. zur Geduld und Ausdauer, auf diese Weise wird auch eine anfangs sehr karge Brust in der Mehrzahl der Fälle prächtig in Gang gebracht.

Bezüglich der Technik des Stillens kann sich Vf. nicht dazu entschließen, mit Czerny und Keller schon in den ersten Tagen nur vierstündlich anlegen zu lassen, sondern er hält es für zweckmäßig, bis die Brust in Gang ist, dem Kinde in der Regel zweistündlich dieselbe reichen zu lassen. Bei tatsächlich ungenügender Milchmenge empfiehlt er angelegentlichst das „Allaitement mixte".

Aus des Vfs. Erörterungen über künstliche Ernährung ist zu entnehmen, daß er die Sterilisation der Milch der Pasteurisation mit ihren problematischen Vorteilen vorzieht. — (St. Petersb. Med. Wochenschr. Nr. 45, 1906.)

4. Die „nicht ganz leichte Aufgabe, zurzeit für ein größeres ärztliches Publikum über Buttermilch zu schreiben", hat Vf. in befriedigender Weise gelöst. Nach einleitenden und geschichtlichen Bemerkungen, wie diese wegen ihrer „polizeiwidrigen" Zusammensetzung anfangs mit Mißtrauen aufgenommene Säuglingsnahrung sich allmählich Bahn gebrochen hat, schildert Vf. die Herstellung der Buttermilch. Bei der Butterbereitung wird der besseren Ausnützung wegen die Milch oder der Rahm angesäuert, sei es, wie es meist üblich, durch Zusatz der Säurewecker, d. h. einer Milchsäurebakterienkultur oder durch Zusatz von saurer Buttermilch oder saurer Milch. Die hiebei als Nebenprodukt gewonnene, stark sauer reagierende Buttermilch ist es, welche im allgemeinen als Säuglingsnahrung Verwendung findet. Die so produzierte Buttermilch wird im Großbetrieb auf einen bestimmten Säuregrad eingestellt, schnellstens abgekühlt und bei einer Temperatur von 3—4° C. aufbewahrt, um die weitere Entwicklung der Milchsäurebakterien zu hemmen.

Von einer brauchbaren Buttermilch wird man im Durchschnitt folgende Analysenwerte verlangen dürfen: Eiweiß 2·6%, Fett 0·6%, Zucker 3%. Ihre Azidität beträgt 18—19 und ist nahezu allein durch Milchsäure bedingt. Ihr Bakteriengehalt ist durch das Ueberwiegen der Milchsäurebakterien ausgezeichnet, die das Wachstum der meisten anderen Mikroorganismen in der Buttermilch verhindern.

Die Buttermilch stellt sich als gelblichweiße Flüssigkeit dar, in der sich bei längerem Stehen ein lockeres Eiweißgerinnsel zu Boden senkt. Ihr Geschmack ist angenehm säuerlich. Sie muß frisch und darf unter keinen Umständen älter als 24 Stunden sein; es ist daher vor den in kleinen Handlungen als Buttermilch feilgebotenen alten, verdorbenen Milchresten ernstlich zu warnen. Die trinkfertige Buttermilch wird dem Säugling unverdünnt in abgekochtem Zustand gereicht, wobei eine Kochdauer von 2—4 Minuten genügt. Zur Verhütung der Klumpenbildung beim Kochen ist Mehlzusatz erforderlich, um ihren Nährwert zu erhöhen und sie dem Säugling schmackhafter zu machen, Zuckerzusatz. Auf 1 l Buttermilch setzt man zweckmäßig 15 g feines Weizenmehl und 30—40 g Zucker zu.

Ueber die Ursachen der oft wunderbaren Erfolge der Buttermilch ist die Diskussion noch nicht geschlossen. Man hat sie in den einzelnen Faktoren ihrer grobchemischen Zusammensetzung gesucht — dem geringen Fettgehalt bei reichlichem Gehalt an Kohlehydraten, ihrem gegenüber der verdünnten Kuhmilch unvermindertem Gehalt an noch dazu fein geronnenem Eiweiß. Man hat auf die fäulnishemmende Wirkung hingewiesen und in der Anwesenheit der Milchsäurebakterien große Vorteile erkennen zu müssen geglaubt. Keine dieser Begründungen hat sich bis jetzt jedoch als stichhaltig erwiesen.

Der gesunde Säugling benötigt Buttermilch nur dann, wenn ihm infolge großer Armut andere tadellose Milch nicht gereicht werden kann. — Beim kranken Kinde wende man sie an, einmal wo eine Beschränkung der Fettzufuhr am Platze ist, also bei Fettdiarrhöe, Ikterus, bei Hautkrankheiten, die mit zu fettreicher Kost in Verbindung gebracht werden (Milchschorf, Purigo, Ekzem der Hautfalten). Sie ist mit gutem Erfolg ferner angewendet worden bei Dyspepsie, beim Enterokatarrh und selbst in verzweifelten Fällen bei der Atrophie und beim akuten Brechdurchfall. Sie leistet vortreffliche Dienste bei hartnäckigen Fällen von habituellem Erbrechen, bei Soor und bei der Ernährung kachektischer Kinder.

Das Alter der Säuglinge spielt keine Rolle; die Buttermilch kann von den ersten Lebenstagen ab gereicht werden.

Bei chronischen Verdauungsstörungen schleiche man sich mit der Buttermilchernährung allmählich ein und kann so im Verlauf von einer bis zwei Wochen bei sorgfältiger Beobachtung des Allgemeinbefindens der Stühle und der Temperatur das Kind auf reine Buttermilch überführen, wobei die Trinkmengen etwas geringer bemessen sein können als bei anderer Diät.

Die Entleerungen erfolgen, wenn das Kind bei Buttermilch gedeiht, 3—5mal täglich. Sie sind gelblich, oft aber auch graugrün, meist dünnpastenartig und oft reichlich. Sie riechen öfter scharf ammoniakalisch, ihre Reaktion ist gewöhnlich alkalisch. Bei manchen Kindern sind die Stühle beständig etwas schleimig, anderseits ist der Stuhl oft fest geformt, wenn die Diät längere Zeit fortgesetzt wird.

Man gibt die Buttermilch so lange, als das Kind dabei gedeiht. Kurzdauernde Gewichtsstillstände brauchen nicht ängstlich zu machen. Aussetzen muß man sie bei hartnäckiger, auch dem Sahne- oder Milchzuckerzusatz trotzender Verstopfung oder bei andauerndem Gewichtsstillstand. Auch hier ist von brüskem Diätwechsel abzusehen. Renitente Buttermilchverehrer muß man jedoch zuweilen durch Hunger zu einer anderen Kost zwingen. Ein weiterer Anlaß, die Buttermilch auszusetzen, sind andauernde schlechte Stühle und das Auftreten solcher unter hohen Temperaturen.

Einige gut ausgewählte Krankengeschichten illustrieren die lehrreiche Abhandlung.

Zum Schlusse gibt Vf. einige recht brauchbare Konserven an, die der Schwierigkeit abhelfen, Buttermilch im Haushalt herzustellen:

Laktoserve (in Pulverform), F. Böhringer & Söhne, Mannheim;

Biedert-Seltersche Buttermilchkonserve (Bu Co), Deutsche Milchwerke Zwingenberg;

Dr. Thomassches Buttermilchkindermehl, Deutsche Milchwerke Zwingenberg;

Holländische Säuglingsnahrung (in Flaschen und Pulverform), Phil. Müller in Vibel.

Es ist somit dem Praktiker Gelegenheit geboten, ein so wertvolles Säuglingsdiätetikum wie die Buttermilch, allerorts anzuwenden. — (Berl. Klinik, H. 219, Sept. 1906.)

Sommerdiarrhöe. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Die diätetische Behandlung der akuten Sommerdiarrhöen. Von J. Lovett Morse.

2. Die Prophylaxe der akuten Sommerdiarrhöen. Von Ch. Gilmour Kerley.

3. Die medikamentöse Behandlung der akuten Sommerdiarrhöen. Von L. E. La Fétra.

1. Bei der diätetischen Behandlung der Enterokolitis der Säuglinge befinden wir

uns nach Lovett Morse zwischen Scylla und Charybdis. Auf der einen Seite sollen wir dem Kind möglichst wenig oder keine Nahrung geben, um den Bakterien den Nährboden zu entziehen und den Darm zur Ruhe kommen zu lassen, auf der anderen Seite sollen wir das Kind durch Nahrungsentziehung nicht zu weit herunterkommen lassen. Hier die richtige Mitte zu finden, ist nicht leicht. Zu Beginn der Behandlung läßt man die Nahrung zunächst ganz weg; 24 Stunden kann man das bei jedem Kind, bei den meisten 2—3 Tage. Aber nur die Nahrung, nicht das Wasser. Davon muß man stets die gewohnte Menge geben; wird es nicht genommen, mit der Schlundsonde; wird es erbrochen, per Klysma; und wird es auch so nicht gehalten, subkutan. Nach einem oder einigen Tagen steht man dann vor der Frage, mit welcher Nahrung man beginnen soll. Theoretisch ist es durchaus unrichtig, die Milch für einen besseren Nährboden für die Bakterien zu halten als die gebräuchlichen Ersatzmittel; praktisch verdienen sie aber doch den Vorzug, und zwar vornehmlich deshalb, weil sie viel schwächere, verdünntere Nahrungsmittel darstellen als die Milch. So enthält z. B. Gerstenwasser nur 0·25% Eiweiß, 0·05% Fett und 1·5% Stärkemehl, Bouillon nur 1% Eiweiß etc. Bei der Wahl des Ersatzmittels wird man zweckmäßig dasjenige aussuchen, welches den Bakterien im Einzelfall den schlechtesten Nährboden gewährt. Sind es solche, die auf Stärke und Zucker am besten gedeihen, so wird man ein eiweißreiches Präparat wählen und umgekehrt. In praxi allerdings ist es so, daß viele Bakterien auf beiden Nährböden gleich gut gedeihen, und außerdem hält die Identifizierung des Krankheitserregers zu lange auf. Klinisch halte man sich daran, daß saure Stühle eher von Bakterien kommen, die auf Kohlehydraten gedeihen, faulige mehr von solchen, die Eiweißstoffe vorziehen. Im Zweifelfalle und in der Regel halte man sich an Kohlehydratkost. Vf. persönlich bevorzugt Gerstenwasser und Milchzucker. Vor Uebermaß hüte man sich, da stets Leberveränderungen vorhanden sind, die die Kohlehydratassimilation stören. Ist Eiweißnahrung indiziert, so halte man sich an Eiweißwasser, Beef-juice, Bouillon. — Die schwierigste Frage ist die, wann man wieder zur Milch zurückkehren darf. Temperatur, Stühle und Ernährungszustand geben uns hier Fingerzeige. Selten wird man bei noch erhöhter Temperatur Milch geben, und viele geben erst Milch, wenn die Stühle ganz normal sind. Man läuft aber bei zu lang fortgeführter Milchabstinenz Gefahr, daß das Kind zu weit herunterkommt. Nach Vfs. Erfahrungen ist es richtiger, wenn die Temperatur nicht mehr weit über normal steht, nach längstens 8 Tagen Milch zu geben, auch wenn die Stühle noch nicht ganz normal sind. Was die Form anlangt, in der die Milch gegeben wird, so wird man am besten mit frischer Milch, recht verdünnt, schwach alkalisch und sterilisiert, fahren. Zucker soll sie relativ mehr enthalten als Eiweiß. Oft gibt man besser Molke oder peptonisierte Milch oder Mischung mit Gerstenwasser. Nie sollen die Mischungen stark alkalisch sein, da dies die Magenverdauung beeinträchtigt. Die Molke kann man von Vollmilch oder abgerahmter Milch bereiten. Sie enthält zirka 1% Eiweiß und 5% Zucker. Ihr Fettgehalt ist, falls von abgerahmter Milch zubereitet, fast Null, sonst zirka 1%. Bessere Resultate hat Vf. in letzter Zeit noch erhalten mit pasteurisierter Buttermilch; sie enthält das Eiweiß fein verteilt als Kaseinlaktat. Vf. hat sie nur pasteurisiert benützt, doch fragt es sich nach den Erfahrungen anderer, ob Pasteurisieren hier nötig und überhaupt nützlich ist. Während des Pasteurisierens muß man sie schlagen, um stärkere Koagulation zu verhindern. Allmählich kann man Rahm zusetzen, und während man vorher stets nur geringe Mengen öfters gegeben hat, zu den Normalmaßen zurückkehren. — Brustkindern reiche man nach wenigen Hungertagen gleich die Brust, eventuell gebe man ihnen verdünnte Brustmilch. — (The Brith. Med. Journ., 13. Okt. 1906.)

2. Bei der Prophylaxe der Sommerdiarrhöen müssen wir die Hitze und die ungünstigen Wohnungsverhältnisse als gegeben ansehen; es hat auch wenig Zweck, die Kinder tagsüber oder auch nur für

einige Tage in andere Umgebung zu bringen, da sie ja doch abends oder nach wenigen Tagen wieder in die alte Umgebung zurück müssen. Als disponierende Momente zu den tödlichen Sommerdurchfällen sind außerdem noch anzusehen: 1. Schwächung des Verdauungskanals durch häufige Darmstörungen während der kühlen Jahreszeit; 2. infizierte Nahrung; 3. falsche Ernährungsmethoden; 4. die Vernachlässigung einer leichteren Verdauungsstörung in der Zeit der Hitze. Das beste Schutzmittel für das Kind ist eine ganz gesunde Magendarmschleimhaut; es gibt kaum ein Kind, dem nicht einmal in seinem ersten Lebensjahre in der Milch die Gelegenheit zu einer schweren Infektion gegeben worden wäre. Kerley erzählt, wie einmal während seiner Assistentenzeit sein damaliger Chef ihm vor Beginn der Hitze 30 Kinder des Kinderasyls bezeichnet habe, die das Jahr über viel an Verdauungsstörungen gelitten hatten, und die voraussichtlich den Sommer nicht überleben würden: in der Tat waren im Herbst nur noch vier am Leben. Der zweite Faktor, die infizierte Nahrung kann nur dann aus der Welt geschafft werden, wenn, besonders in großen Städten, von der Gemeinde aus Milchdepots und Eisstationen errichtet werden, wo einwandfreie Milch und Eis für notorisch Arme umsonst, für wenig Wohlhabende zu ganz niederen Preisen zu haben sind. — Zur Belehrung der Mütter über die Art der Ernährung sind nicht Distriktsärzte oder Distriktsschwestern nötig; dies würde die Sache unnötig verteuern; es genügt, wenn immer für einen Distrikt eine Frau mit gesundem Menschenverstand aufgestellt wird, die die Mütter belehrt. Ferner haben hier die Polikliniken der Kinderspitäler einzutreten und ihre Klientel zu belehren, und zwar nicht nur durch das Wort, sondern durch gedruckte Zettel. Es ist auf den Wert der frischen Luft, des abgekochten Wassers als Getränk, der Besprengung der Wohnung an heißen Tagen aufmerksam zu machen. Die Mütter sind über die Reinigung der Flaschen und die Behandlung der Milch zu belehren; sie sind zu instruieren, vor der Zubereitung ihre Hände gründlich zu waschen, beschmutzte Tücher bis zum Waschen stets in bedeckten Gefäßen aufzubewahren etc. Bei dem geringsten Anzeichen einer Verdauungsstörung während des ganzen Jahres ist die Darreichung von Milch abzubrechen, dafür Reiswasser zu geben, dabei Rizinusöl. Auf die Anzeichen einer solchen Störung, besonders auf die grünen Stühle, sind sie aufmerksam zu machen. — Für Kinder solcher Leute, die ihre eigenen Kühe haben, ist es wichtig, daß für reinliches Melken gesorgt wird; Händewaschen vor dem Melken, Waschen des Euters, Wegschütten der ersten Milchportionen, Filtrieren der Milch durch sterile Tücher in einen mit Eis umgebenen Behälter. — (The Brith. Med. Journ., 13. Okt. 1906.)

3. Ein spezifisches Mittel gegen die Sommerdiarrhöen der Kinder gibt es nach La Fétra nicht. Neben der Regelung der Diät sind zwei Indikationen zu erfüllen: 1. Die Beförderung der Elimination von zersetzten Nahrungsstoffen und Toxinen und 2. die Bekämpfung der Entzündung des Intestinaltraktes. Um ersterer Indikation zu genügen, kommen vor allem Abführmittel in Betracht, und zwar die alkalischen Kathartika, Glaubersalz, Epsomsalz und Rochellesalz. Derartige Mittel gibt man aber einerseits nicht Kindern unter $^3/_4$ Jahren, anderseits nicht, wenn schon Zeichen stärkeren Wassermangels und kollapsartige Zustände vorhanden sind. In solchen Fällen gibt man Kalomel und Rizinusöl mit Darmspülungen, eventuell Magenspülungen den Vorzug. Die Salze gibt man in 5—6 halbstündlichen Dosen à 0·6 bei Kindern von $^3/_4$ Jahren, à 1·2 bei solchen von zwei Jahren, in 1 Kaffeelöffel Wasser, eventuell mit etwas Sirup. Bei älteren Kindern, besonders aber bei dysenterieartigen Formen, verdient Epsomsalz den Vorzug. Gegen alle Erwartung werden die Salze weniger leicht erbrochen und bessern die Stühle rascher als Rizinusöl und Kalomel. Bei sehr starkem Erbrechen gibt man Kalomel in kleinsten Dosen auf die Zunge. Rizinusöl ist besonders in späteren Stadien, mit Wismut zusammen, am Platz. — Die Ausscheidung durch die Haut wird befördert

durch tägliches zweimaliges Bad, später verbunden mit kühlen Besprengungen (kölnisches Wasser); in toxischen Fällen sind Seifenwasserbäder empfehlenswert; der Elimination durch Haut und Nieren dient auch heißer Tee. Der gleiche Zweck wird angestrebt durch hohe alkalische Salzwassereinläufe, bei denen möglichst viel resorbiert werden soll; diesem Zwecke dient es, wenn man nach Entfernung des Schlauchs die Hinterbacken zusammendrückt, zirka $^1/_2$ Stunde. Um die Wirkung des Salzes zu erhöhen, kann man etwas Whisky oder alkoholische peptonisierte Präparate hinzufügen. Man gibt bei toxämischen Zuständen derartige Irrigationen zweimal des Tages. Zum Zwecke der Durchfallsbekämpfung sind Darmspülungen unnütz; denn die Durchfälle selbst sorgen für gehörige Reinigung des Darmes; dagegen treten sie wieder in ihr Recht bei häufigen kleinen Entleerungen mit Schleim und Tenesmen; man gibt sie dann einmal täglich oder jeden zweiten Tag. In ganz schweren Fällen, wenn Klysmen nicht genügend Wasser resorbieren lassen, schreite man zu subkutanen Infusionen à 100 cm^3; doch erwarte man nicht zu viel von ihnen, da es stets schwierig ist, größere Mengen zur Resorption zu bringen. Ein Serum, um die toxischen Zustände zu bekämpfen, besitzen wir bis jetzt nicht. Am ehesten scheint gegen die Toxine noch das Atropin zu wirken; man gibt es zweistündlich bis zur Pupillendilatation. Als Unterstützungsmittel für die Verdauung kann man Salzsäure oder Pankreasextrakt geben. Als Stimulans gibt man bei fehlendem Erbrechen Tinctura nucis, Chinintannat oder Adrenalin, bei Erbrechen Strychnin subkutan oder Kampferöl. — Ist der Darm entleert und die Temperatur zur Norm zurückgekehrt, so tritt die andere Hauptindikation in ihr Recht, die Heilung der entzündeten Darmschleimhaut. Man überzieht den Darm mit einem Pulverüberzug von Kalk, Magnesia, Zinkoxyd oder Wismut; letztere beide, die gleichzeitig adstringieren, sind vorzuziehen. Man muß aber große Dosen und oft geben, etwa alle zwei Stunden 0·9—1·2 Bismuth. subnitr. oder subgall. mit 0·2 bis 0·3 Zinc. oxyd. Salizylsaures Natron oder Kreosot kann man der Nahrung beifügen. Den Tanninpräparaten sind die Wismutpräparate vorzuziehen. — Wenn trotz normaler Temperatur die Stühle immer noch zu häufig kommen, dann kommt Opium in Betracht, etwa Pulv. Doweri; man gebe es aber nie bei noch so geringen toxämischen Symptomen und kombiniere es mit Wismut und kleinen Rizinusöldosen; das Opium wird als Rückschlag gegen früheren Mißbrauch jetzt zu selten gegeben. — Symptomatische Behandlung: Gegen das Fieber Hydrotherapie, eventuell kalte Packungen, Magenspülung, kalte Darmspülungen, Eis auf den Kopf; gegen Leibschmerzen Senfteig auf den Leib oder Eisblase bei älteren Kindern; bei kleineren wirkt Hitze besser. Gegen andauernden Schleimabgang gebe man Wismut und allgemein tonisierende Behandlung; gegen leichte Darmblutungen hohe Gelatineklysmen mit Adrenalin oder 10%ige Protargolklysmen. Bei aufgetriebenem Leib verwendet man Terpentin enthaltende Klysmen sowie Senfumschläge und Strychnin subkutan, bei Tenesmen warme Stärke-, Oel- oder Gelatinklysmen, eventuell mit Opium.

Ueberflüssig auszuführen ist, daß Kinder mit Darmkatarrhen unter die bestmöglichen hygienischen äußeren Lebensbedingungen zu setzen sind. — (The Brith. Med. Journ., 13. Okt. 1906.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

Neuronal, Isopral, Veronal.

Fritz Allendorf hat an der Landesirrenanstalt Gehlsheim Untersuchungen mit Neuronal (= Bromdiäthylazetamid) angestellt und berichtet über seine Erfahrungen in seiner Dissertation. Er bezeichnet das Mittel als ein gutes und wirksames Hypnotikum, das sich besonders bei erregten Paralytikern und Idioten außerordentlich gut bewährt habe, während Fälle von Dementia praecox weniger gut und zumeist erst durch höhere Dosen beeinflußt wurden. Das Mittel wurde durchschnittlich des Abends um 7 Uhr gegeben. Schädliche Nebenwirkungen wurden so gut wie gar nicht beobachtet. Auch Geruch und Geschmack bereiteten keine erheblichen Schwierigkeiten. In bezug auf Gewöhnung und Nachlassen der hypnotischen und sedativen Wirkung weichen Allendorffs Erfahrungen insofern von denen anderer Autoren ab, als nur selten im Verlauf der Neuronalbehandlung zu höheren Dosen (als 0·5 bis 2·0 g pro dosi) gegriffen werden mußte. Oefter konnte die Dosierung ohne Schaden herabgemindert werden. Eine Steigerung der Gaben fand gewöhnlich zu Beginn der Behandlung statt, wenn die zuerst verordneten ihren Zweck noch nicht erfüllt hatten, d. h. für den Grad des betreffenden Erregungszustandes zu niedrig bemessen waren. Leider ist das Präparat noch ziemlich teuer. — (Diss. Rostock 1906.)

Isopral steht nach Opitz dem Veronal an Intensität nach, ist aber immerhin ein recht brauchbares Hypnotikum bei einfachen Schlaflosigkeitszuständen. Als Normaldosis bezeichnet er eine solche von 1·0 g. Auch bei 0·5 g trat schon guter Erfolg ein. Mit Erhöhung der Dosis ist eine Steigerung der Wirkung zu bemerken. Der nach zirka $^1/_2$ Stunde eintretende Schlaf dauert etwa 5—9 Stunden.

Veronal übt eine außerordentlich gute Schlafwirkung bei allen mit Depression einhergehenden Krankheiten, ebenso bei Erregungszuständen aus. Der Schlaf ist fest und dauernd, durchschnittlich 6 bis 10 Stunden. Normaldosis 0·75 g. Irgendwelche giftigen Nebenwirkungen oder eine Gewöhnung konnte bei keinem der beiden Präparate festgestellt werden. — (Diss. Rostock 1906.)

Tulase.

In der Berl. Pharm. Ztg. Nr. 87, 1906, berichtet Dr. Schmitz über das neue Behringsche Tuberkuloseheilmittel „Tulase“.

Die Tulase bildet in reinem Zustande eine klare, mit dünnflüssigem Honig zu vergleichende Flüssigkeit, die alle Bestandteile des Kochschen Bazillus enthält. Diese teilt Behring in drei Hauptgruppen ein: 1. die lipoiden Substanzen (Neutralfette, Wachsarten und Wachsöle), löslich in Alkohol, Aether, Azeton, Chloroform u. s. w.; zu diesen Körpern gehört auch die säurefeste Substanz; 2. die aus den entfetteten Tuberkelbazillen mit destilliertem Wasser und mit 10%iger Kochsalzlösung extrahierten Proteïnverbindungen, die teils als Nukleoalbumine, teils als Globuline zu charakterisieren sind; 3. die den Hauptbestandteil der entfetteten und proteïnbefreiten Tuberkelbazillen (Restbazillen) ausmachende Proteïde.

Die Darstellung der Tulase, die sehr kompliziert ist, geschieht durch Behandlung der Bazillen mit Chloral, wodurch das TC der Bazillen in der Weise verändert wird, daß nach Applikation der Tulase, sei es subkutan, intravenös oder stomochal, die Zellen das TC an sich reißen und es in die hypothetische Substanz TX umwandeln. Diese vermittelt die Immunität gegen Tuberkulose und die

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

Ueberempfindlichkeit gegenüber dem Kochschen Tuberkulin.

Die durch Tulase erzeugte Immunität tritt bei nicht mit Tuberkulose infizierten Individuen erst nach vier Monaten ein, dagegen scheint bei tuberkulösen und gegen Tuberkulin überempfindlichen Individuen die Umwandlung des TC in TX schneller vor sich zu gehen. Infolgedessen kann man auf eine kurative Wirkung der Tulase rechnen, wie sie bereits bei Schafen mit lokalisierten tuberkulösen Affektionen konstatiert ist.

Die Abgabe der Tulase erfolgt nur an solche Kliniken, die einen bakteriologisch gut geschulten Arzt mindestens drei Monate lang nach dem Marburger Institut für experimentelle Therapie zur Ausbildung in bezug auf die experimentellen Grundlagen der immunisatorischen Tuberkulosetherapie entsandt haben. Solange die Dosierung der Tulase, die zweckmäßigste Applikationsweise, die Indikationen u. s. w. noch nicht genau erforscht sind, wird das Mittel unentgeltlich an die Kliniken abgegeben, an denen die nach Marburg entsandten Aerzte tätig sind.

Die Tulase kann zu therapeutischen Zwecken nicht nur intravenös und subkutan, sondern auch stomachal angewandt werden. Zur präventiven Behandlung menschlicher Säuglinge empfiehlt Behring ausschließlich die neutrale (= stomachale) Behandlung mit tuberkulasehaltiger Milch, die nur einmal oder mit achttägigem Intervall zweimal verabreicht werden soll. Da in den angestellten Tierversuchen die Immunität erst nach Ablauf mehrerer Monate eintrat, sind die mit Tulase behandelten Säuglinge nicht weniger sorgfältig vor tuberkulösen Infektionen zu schützen, als das sonst nach den Grundsätzen der Hygiene zu geschehen pflegt.

Auf schon bestehende tuberkulöse Herde wirkt bei parenteraler (intravenös oder subkutan) Applikation die in der Tulase enthaltene Tuberkulinkomponente in der bekannten Art und Weise ein. Aber außer der akuten Wirkung besitzt die Tulase noch die allmählich eintretende, Immunität erzeugende Aktion des Somatins (= Endotoxin) der Tuberkelbazillen, welches von den lebenden Zellen aufgenommen wird und sie toxopathisch macht, was in einer gesteigerten Tuberkulinempfindlichkeit zum Ausdruck kommt.

Bei stomachaler Einverleibung der Tulase wird die Tuberkulinkomponente fast gänzlich unwirksam. Man kann daher per os viel größere Tulasedosen bei tuberkulösen Individuen anwenden, als vom subkutanen Gewebe und von der Blutbahn aus.

Als Anfangsgabe empfiehlt Behring die Dosis von 0·01 cm³, die an vier aufeinanderfolgenden Tagen zu verdoppeln ist. Nach zwei- bis vierwöchentlicher Ruhepause wird die Behandlung in einer zweiten Tetrade mit gleicher Dosierung wiederholt.

Die Abgabe der Tulase erfolgt in Glastuben als 1%ige und 10%ige Lösung in Mengen von je 5 cm³ in jeder Tube. Unverdünnte Tulase wird nur nach besonderer Vereinbarung abgegeben. Die verengerte Stelle des Tubenhalses ist anzufeilen und durch einen leichten Druck abzubrechen. Als Verdünnungsflüssigkeit kommt 0·5%iges Sufonwasser in Betracht, das als Normalsufon im Handel von den Vereinigten Chemischen Werken in Charlottenburg erhältlich ist.

Die Tulase kann auch als Ersatz für das Tuberkulin zum Nachweis tuberkulöser und tuberkuloseverdächtiger Individuen Verwendung finden; außerdem auch noch zu serodiagnostischen Zwecken.

Daß man nicht allzu hohe Erwartungen an die Tulasetherapie stellen darf, darüber hat sich Behring selbst geäußert, und auch in seiner letzten Veröffentlichung über die Tulase wiederholt er die im Frühjahre 1906 im Deutschen Landwirtschaftsrate bereits gemachten Mitteilungen:

„Hervorheben und besonders betonen muß ich aber die Tatsache, daß ich an solchen tuberkuloseinfizierten Rindern, deren Zustand auch nur entfernt dem körperlichen Zustande eines mit tuberkulöser Lungenschwindsucht behafteten Menschen entspricht, nicht experimentiert habe und daß ich daher keinerlei wissenschaftlich

begründete Unterlage habe für die Annahme, daß die Tuberkulase (diese Bezeichnung wurde später in Tulase abgekürzt) ein zur Heilung der menschlichen Lungenschwindsucht geeignetes Mittel werden könnte. Nicht von einem Schwindsuchtsmittel im Sinne eines Heilmittels für die schon vorhandene tuberkulöse Zerstörung von Lungengewebe habe ich in Paris gesprochen, sondern von einem Tuberkulosemittel, welches durch frühzeitige Verwendung bei jugendlichen Individuen die Schwindsucht verhüten und allenfalls auf die schon bestehenden Tuberkuloseherde so einwirken soll, daß ihre Selbstheilung mit Hilfe der natürlichen Kräfte des Organismus nicht gestört wird durch erneute tuberkulöse Infektion.“

Sulfoguajacin.

Sulfoguajacin nennt Tarozzi das Chininsulfoguajacolat, welches bei der Behandlung der Tuberkulose und Bronchialkatarrhe Anwendung finden soll. Zur Darstellung des Präparats verdünnt man die aus gleichen Teilen Schwefelsäure und Guajakol erhaltene Guajakolsulfosäure mit der zehnfachen Menge Wasser, versetzt allmählich mit Baryumkarbonat, erhitzt zur Vertreibung der Kohlensäure, filtriert und fügt eine entsprechende Menge Chinindisulfatlösung hinzu. Dann wird eingedampft. Man erhält so kleine, gelbe, in Wasser und Alkohol lösliche, bitter schmeckende Schuppen. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

Scopolia carniolica.

Scopolia carniolica, ein Solanacee der Ostalpen, Karpathen und der angrenzenden Gebiete, welche ähnlich wie Atropa Belladonna wirken soll, ist von Ketly bei Paralysis agitans mit Erfolg gegeben worden. Er bediente sich des Rhizoms, welches in Dosen von 0·3—0·4 g täglich gegeben wurde, und erzielte Wirkungen, welche denen des Hyoszins gleich waren. Das Rhizom soll selbst bei längerem Gebrauch nicht toxisch wirken.

Subcutin.

Subcutin ist paraphenolsulfosaures Anästhesin und bildet ein weißes, feines, nadelförmiges, kristallinisches Pulver, löslich in kaltem Wasser zu 1%, bei Körpertemperatur zu 2·5%. Es ist in Lösung haltbar und beständig beim Kochen. Das von Ritsert hergestellte Präparat eignet sich nach Becker als Anästhetikum in Form subkutaner Injektionen oder Infiltrationen. Zu letzterem Zwecke bedient man sich einer Lösung von 1·0 Subcutin, 0·7 Natr. chlorat. und 100·0 Aq. dest. Im Gegensatz zu dem Anästhesin solubile soll das Subcutin keine unangenehmen Reizerscheinungen auslösen. — (Ber. von Brückner, Lampe.)

Rheol-Kugeln.

Rheol-Kugeln. Neues Hefepräparat zur Behandlung des weiblichen Fluors, werden so dargestellt, daß Hefezellen in einem Gelatine-Nährboden unter Zusatz von organischen Stickstoffverbindungen verarbeitet werden. Sie werden dadurch lange Zeit lebensfähig erhalten. Das fertige Präparat in Kugelform wird unter Paraffin aufbewahrt, um etwa schädigende Luftbakterien fernzuhalten. Bakteriologische und klinische Versuche haben ergeben, daß die so präparierte Hefe imstande ist, Gonokokken und andere Bakterien zu töten, wahrscheinlich infolge einer der Hefe innewohnenden, durch die Nährstoffe verstärkten Enzymwirkung.

2. Neuere Mittel.

a) Pharmakologische Präparate.

Acidum cinnamylicum. Antiphthisicum, in 5%iger Emulsion mit physiologischer Kochsalzlösung zu intravenöser Injektion in Dosen von 0·1—0·25—0·4 cm^3. Gegen Lupus in 5%iger spirituöser Lösung mit 5% Kokain zur subkutanen Injektion. Acidum cinnamylicum ist löslich in Alkohol und fetten Oelen.

Aescochinin. Verbindung der wirksamen Stoffe der Roßkastanie mit Chinin. Amorph, gelblich, unlöslich in Wasser und Aether, leicht in Alkohol. Gegen Nervenschmerzen, Migräne, Rheumatismus, Influenza u. s. w. Dosis 0·1—0·2 g.

Ammonium benzoicum. Weiße Kristalle, löslich in 5 Teilen Wasser und 28 Teilen Alkohol. Anwendung bei Bron-



chitis, Asthma, Gicht und Nephritis zu 0·6—2 g mehrmals täglich; bei Hydrargyrismus und Jodismus zu 0·25 g vier- bis achtmal täglich.

A m m o n o l. Mischung von Acetanilid, Natriumbikarbonat, Ammonkarbonat und Anilingelb. Analgetikum und Antipyretikum. Dosis 0·3—1 g.

A m m o n o l s a l i z y l a t. Ammoniumphenylazetamidsalizylat. Nach Beringer Mischung von 10% Antifebrin, je 5% Natrium- und Ammoniumbikarbonat sowie 0·005 Methylengelb. — (Ber. v. Gehe.)

A n a p n o i n e. Lösung von Trijodglyzerin. Das Jod ist an Jod-Alkali (Natrium) und an Pflanzenextrakte (darunter Lobelia) gebunden. Gegen Asthma und verwandte Leiden. — (Ber. v. Gehe.)

A n e m o n i n. Pulsatillakampfer, gewonnen aus Anemone pulsatilla und anderen Ranunculaceen. Große, weiße Kristalle, löslich in heißem Alkohol. Indiziert bei Asthma, Bronchitis, Keuchhusten u. s. w. in Dosen von 0·015—0·05 zweimal täglich. Dosis maxima 0·1 g pro dosi und 0·2 g pro die.

A n t i s p a s m i n. Narceïnnatrium-Natriumacetat, leicht löslich in Wasser, eventuell unter Zusatz von etwas Natronlauge. Antispasmodikum und Sedativum bei schmerzhaften Leiden, Krampf- und Keuchhusten; in Dosen von 0·01 bis 0·2 g dreimal täglich in versüßter Lösung.

B r o m a l h y d r a t. Tribromaldehydhydrat, leicht löslich in Wasser, Sedativum und Antispasmodikum. Dosis 0·05—1 g mehrmals täglich.

B r o m a l i n. Hexamethylentetraminbromäthylat; enthält 32·13% Brom und wird bei Epilepsie und neuralgischen Affektionen in Dosen von 2—4 g täglich gegeben. Kinder bekommen es als Saft: Bromalin, Aq. āā 10, Sir. Cort. Aur. 90, und zwar kinderlöffelweise ein- bis zweimal täglich.

B r o m a m i d. Anilinum tribromatum; schwer löslich in Waser und kaltem Alkohol. Analgetikum und Antineuralgikum. Dosis 0·05—0·2 für Kinder, 0·75—1 g für Erwachsene. — (Ber. v. Gehe.)

B r o m - L e c i t h i n. Leicht resorbierbares, ungefähr 30% Brom enthaltendes Lecithin. Vereinigt die Wirkungen der Komponenten. Anwendung in Pillenform mit je 0·1 Bromlecithin.

B r o m o p a n. Eine Arzneiform Brom in Gebäckform darzureichen. Das Gebäck enthält 1% Bromnatrium. Tagesdosis 300 bis 400 g, entsprechend 3—4 g NaBr.

C a c o d y l i a c o l. Chemisch identisch mit Guajacolum kakodylicum; löslich in Wasser, Alkohol, Glyzerin und fetten Oelen, unlöslich in Aether. Gegen Tuberkulose. Dosis 0·03—0·05 g.

C a d m i u m s a l i c y l i c u m. Löslich in Wasser und Alkohol. Adstringens bei Augenentzündung und Gonorrhöe.

C a d m i u m s u l f u r i c u m. Löslich in Wasser und Alkohol. Anwendung an Stelle von Zinc. sulfuric., sowie innerlich bei Syphilis und Rheumatismus. Dosis 0·005—0·01 g in Pillen.

C a l c i u m e o s o l i c u m. Kalziumsalz des Trisulfoazetylkreosots, löslich in Wasser, schwer in Alkohol, unlöslich in Chloroform. Antiseptikum, gegen Diabetes und Phthisis. Dosis 0·25—0·5 g dreimal täglich.

C o l c h i c i n u m. Das wirksame Prinzip aus dem Samen von Colchicum autumnale; löslich in Wasser, Alkohol und Chloroform. Antirheumatikum und Antineuralgikum bei Gicht, Urämie, Asthma, Ischias. Dosis 0·0005 (½ mg) bis 0·002 zweimal täglich. Dosis maxima 0·002 (2 mg) pro dosi; 0·005 pro die.

C o l c h i s a l. Gichtmittel, Colchicin und Salizylsäuremethyläther enthaltend, in Kapselform (0·00025 g Colchicin in 0·2 g Salizylsäuremethyläther gelöst). Dosis 3—4 Kapseln täglich.

C o n i i n u m h y d r o b r o m i c u m. Farblose Kristalle, löslich in Wasser und Alkohol. Antispasmodikum und Antineuralgikum; bei Tetanus, Ischias, Keuchhusten und Ohrensausen. Dosis maxima 0·002 g.

C o r d o l ist Tribromsalol; es ist unlöslich in Wasser, schwer löslich in Alkohol und Aether. Findet Anwendung als Sedativum und Antineuralgikum in einer Dosis von 0·5—1—1·5 g.

C o r n e s i n. Als Augenheilmittel angepriesener Robbentran.

C r e o s o t i n a. Besonders gereinigter Buchenteer-Kreosot, an Bensoësäure gebunden, von aromatischem Geruch. In

Pillenform an Stelle anderer Kreosotpräparate.

Cuprol. Ein 6% Kupfer enthaltendes Kupfernukleïd. In wässeriger Lösung gegen Konjunktivitis.

b) Sero- und organotherapeutische etc. Präparate.

Lecithmedullin. Lezithinpräparat, aus dem Knochenmark bereitet. Zur Behandlung gewisser Erkrankungen des Herzens.

Medulladen. Ein aus Knochenmark hergestelltes Extrakt, welches gegen Gicht, Harngries und perniziöse Anämie Verwendung finden soll.

Myclogen nennt Ch. Watston ein Knochenmarkpräparat, welches er bei verschiedenen Ohrenleiden mit Erfolg angewendet hat. Es wird durch Extraktion des Markes von gesunden Knochen mittels Aethers dargestellt. Man erhält dabei Fette von verschiedenem Schmelzpunkt, doch sollen nur die bei 21—26° C. schmelzenden Anteile Verwendung finden. 10 Tropfen des erwärmten Fettes werden in das Ohr eingeträufelt.

Myelen. Sirupöse Flüssigkeit aus dem Knochenmark hergestellt. Anwendung bei Skrofulose, Rhachitis.

Myelocene ist ein ätherisches Extrakt des Knochenmarkes.

Ossagen. Angeblich ein normaler Bestandteil des Knochenmarkes, und zwar ein fettsaures Kalksalz desselben, soll ein Zwischenprodukt der Knochenbildung darstellen und wird Kindern bei Rhachitis in Dosen von 2—4 g verordnet.

Ossalin (Adeps ossium). Aus frischem Rindermark hergestelltes Fett. Zur Salbenbereitung.

Nucleïn. Aus Kälbermilz hergestelltes Präparat, das die weißen Blutkörperchen im Blut vermehren soll.

Thyradenum. Nach Haaf zubereitetes getrocknetes Schilddrüsenextrakt. (1 Teil Thyraden = 2 Teilen frischer Drüse) mit konstantem Gehalt von 0·7 mg Jod in 1 g. Dosis 1—1·5—5 g pro die.

Thyreïn. Der wirksame Bestandteil der Schilddrüse.

Thyreoantitoxin. Wird aus der Schilddrüse dargestellt und bildet ein stickstoffhaltiges, jodfreies kristallinisches Präparat, das gegen Kropf und andere, durch den Mangel an Schilddrüsensubstanz hervorgerufene Krankheiten Anwendung findet.

Thyreoidectin ist ein trocknes Blutserum von Tieren, denen die Schilddrüsen entfernt sind. Anwendung gegen Kropf.

Thyreoidin. Getrocknetes Schilddrüsenpulver von Schafen. Gegen Myxödem, Psoriasis und Basedowsche Krankheit. Mittlere Tagesdosis 0·4 g.

Thyroglandin ist ein kochsalzhaltiges Präparat aus Hammelschilddrüsen, welches nach Stanford alle wirksamen Bestandteile der Drüsen enthalten soll.

Thyreoidserum. Serum von thyreoidektomierten Hammeln. Gegen Morbus Basedowii. Dosis 5 g jeden zweiten Tag in einem Eßlöffel voll Wein.

Thyreoproteïd. Ein Eiweißkörper der Schilddrüse; findet Anwendung bei Basedowscher Krankheit.

Thyrogen. Jodeiweiß der Schilddrüse.

Thyrojodin. Aus der Schilddrüse des Hammels isolierte jodhaltige Substanz. Gegen Kropf, Myxödem, Fettleibigkeit etc.

Orchipin. Ein öliges Extrakt frischer Tierhoden, welches als Antidot bei Atropinvergiftungen und bei Nervenerschöpfung, sowie Neurasthenie verwendet werden soll.

Testaden. Präparat aus dem Hodenfett der Stiere.

Testidin. Durch Extraktion von Testin mittels Alkohols gewonnen, stellt eine dunkelbraune klebrige Masse dar. Soll ebenfalls medizinische Verwendung finden.

Testin. Eine aus Rinderhoden durch hydraulischen Druck gewonnene Masse.

Prostata siccata pulv. Bereitet aus der Vorsteherdrüse des Stieres. Anwendung bei Prostatahypertrophie.



Corpora lutea sicca sind die getrockneten gelben Körperchen des Eierstockes. 1 Teil = 5·5 Teile frischer Substanz. Anwendung bei Schwangerschaftsbeschwerden zu 0·05 g zweimal täglich.

Ovacin. Aus Ovarien hergestelltes, organo-therapeutisches Präparat.

Ovadin. Jodhaltiges Präparat aus den Ovarien des Rindes und des Schweines.

Ovaraden. Extrakt der Ovarien (1 Teil = 2 Teilen frischer Ovarien), gegen Eierstockerkrankungen und Folgezustände. Dosis dreimal täglich 2 g.

Ovaria siccata. Die getrocknete Ovarialsubstanz. Dosis 0·5—1 g.

Ovariin Freund & Redlich ist ein Eierstockpräparat.

Ovariin Poehl = Opoovariin. Anwendung bei Störungen der Menses, bei Hysterie und Bleichsucht.

Ovarigen. Präparat aus frischer Eierstocksubstanz.

Ovariin. Aus den Ovarien von Kühen dargestellt.

Ovarin Marpmann. Aus den Eierstöcken von Tieren, die mit Berberin behandelt worden sind, gewonnen. Gegen Menstruationsbeschwerden. Dosis 5—20 Tropfen mit Milch oder Tee mehrmals täglich.

Ovariumtabletten. Enthalten Eierstocksubstanz.

Ovaronium Rhenania siccum pulveratum bovillum, bezw. ovillum oder suillum ist ein tierisches, tanninhaltiges Organopräparat aus den Eierstöcken der betreffenden Tiere. Es kommt als Pulver wie auch in Tablettenform in den Handel, à Tablette zu 0·1 Substanz.

Thymus siccatus pulv. Die getrocknete Thymusdrüse von Kälbern und Schafen. Gegen Kropf und Basedowsche Krankheit. 1 Teil entspricht 6 Teilen frischer Drüse. Dosis 2·5—5 g pro die.

Mammae siccatae. Aus frischen Eutern von Kühen gewonnenes Präparat in Tablettenform. Gegen Uterusleiden.

Pulmonin. Ein aus Kalbslungen hergestelltes Extrakt, das in Form von Tabletten gegen Lungenkrankheiten gebraucht werden soll.

Cordin. Opotherapeutisches Präparat aus Herzfleisch.

c) Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel.

Acidum cathartinicum = Cathartinsäure, durch Fällen mit Alkohol aus Sennainfusum erhalten, ist leicht löslich in Wasser und verdünnten Alkalien. Laxans. Dosis 0·1—0·2 g für Kinder und 0·25—0·4 g für Erwachsene.

Acidum filicicum. Filixsäure, Filizin, aus dem Rhizom von Aspidium Filix mas erhalten, ist löslich in Alkohol und Aether. Anthelminthicum. Dosis 0·5 bis 1 g mit Kalomel oder Jalappenpulver.

Aluminiumcaseïnat. Erhalten beim Versetzen eiweißbefreiter Milch mit essigsaurer Tonerdelösung. Indiziert bei Darmkatarrhen. Dosis für Kinder 0·03, für Erwachsene 0·25—0·3 g.

Anämosemilch heißt eine Jodeisen-Buttermilchkonserve, welche 0·15% Eisenjodür enthält und als Nährpräparat bei Anämie und Chlorose Anwendung findet.

Antacetin. Calciumsaccharat, löslich in Wasser, dient als Gegenmittel bei Vergiftungen mit Mineralsäuren, in Dosen von 10—20 g, ferner zu 1—2 g bei Taenia und Dyspepsie.

Antivom nennt Ritsert Anästhesintabletten, die Anwendung finden bei nervöser Dyspepsie, Magengeschwür, Brechreiz, Erbrechen Schwangerer, Seekrankheit und nach Chloroformnarkose.

Benzoparakresol. Leicht löslich in Alkohol und Aether, unlöslich in Wasser. Darmantiseptikum. Dosis 0·15 bis 0·25 zwei- bis dreimal täglich.

Benzosol. Kreosot- und Guajakolersatz. Empfohlen, da in Wasser schwer löslich, als Darmdesinfiziens, bei Darmtuberkulose, sowie zur Behandlung von Diabetes. Dosis 0·25 mit Eleosacch. Menth. nach dem Essen, alle fünf Tage Steigerung der Einzeldose um 0·05 g.

Brom-Blutan ist ein alkoholfreier, kohlensäurehaltiger Liq. Ferro-Mangani bromopeptonati. Gabe: unter Vermeidung saurer Speisen dreimal täglich ein Likörglas.

Cacaol, ein Kindernährmehl von Pramann (Radebeul) erwies sich nach der Untersuchung durch Beythien als ein Gemisch aus Kakaopulver, 2·56% Kochsalz, 17·43% Zucker und etwa 10% Hafermehl. — (Pharm. Post, Nr. 50, 1906.)

Capsulae Olei Olivarum asepticae sind Kapseln aus sterilisierter Gelatine, von denen jede 3, respektive 5 g Ol. Olivarum enthält. Sie finden Anwendung bei Ulcus ventriculi und Hyperazidität des Magens etc.

Cucurbitin-Schokolade. Mischung von gepulverten Kürbiskernen und Schokolade. Wurmmittel.

Cotoinum. Das wirksame Prinzip der echten Kotorinde; gelbes Pulver, löslich in Alkohol, Chloroform und Aether. Antidiarrhoikum. Dosis 0·1—0·2 g.

Dixons Pills sind Abführpillen aus Podophyllin, Jalape, Seife und Taraxakumextrakt.

Dulcinol-Schokolade*) besteht aus Kakao, Mannit und einem sehr geringen Zusatz von Kochsalz. An löslichen Kohlenhydraten enthält sie 6·10%, an unlöslichen 3%. Sie wird Zuckerkranken empfohlen. Darsteller: J. D. Groß in Berlin. Bezugsquelle: J. D. Riedel in Berlin.

Emocascara. Ein Cascara-Sagrada-Fluidextrakt, das ein Emodinsalz enthält.

Eudoxin. Wismutsalz des Nosophens; unlöslich in Wasser, Alkohol und anderen Lösungsmitteln, gegen Magen- und Darmerkrankungen. Dosis 0·3—0·5 g.

Eugenoform. Eugenolkarbinolnatrium. Leicht löslich in Wasser, schwer löslich in Alkohol. Kondensationsprodukt von Formaldehyd und Eugenol. Magen- und Darmdesinfiziens. Dosis 0·5—1 g.

Filmaron. Amorphe Säure aus dem Filixextrakt. Unlöslich in Wasser, schwer löslich in Alkohol, leicht löslich in Aether und Chloroform. Bandwurmmittel. Dosis 0·5—0·7 g.

Filmaronöl. 10%ige Lösung von Filmaron in Rizinusöl.

Flatulinpillen (Roos) enthalten als wirksame Bestandteile Natriumbicarbon., Mg-carbon., Pulv. rad. rhei āā 4 g. Ol. foenic., Ol. Carvi, Ol. menth. pip. āā 3 Tropfen. Bei Magen- und Darmkrankheiten.

Fortose ist eine Hemialbumose aus bestem Fleisch von größter Nährkraft. Das Präparat ist in allen Flüssigkeiten — Fleischbrühe, Milch, Schokolade, Tee, Wasser etc. — kalt oder warm sofort in fast jedem Verhältnis löslich und wird von dem schwächsten Magen vertragen, indem der Appetit angeregt und der Verdauungsapparat nicht belästigt wird. Fortose ist so löslich und derart ohne Geschmack und Geruch, und behält diese Eigenschaften, wenn gut verschlossen aufbewahrt, daß das Präparat dem Patienten dargereicht werden kann, ohne daß er es bemerkt. Diesen Vorteil hat Fortose fast allen anderen, ähnlichen Nährmitteln voraus. Mehrmals täglich 1—3 Teelöffel voll zu nehmen. Alleinverkauf: Brückner, Lampe & Co., Berlin C. 19.

Goldhammerpillen. Jede Pille enthält Wismutsalizylat 0·1, Pfefferminzöl 0·07, Rhabarber 0·3, Kümmelfrüchte 0·03, Pflanzenkohle 0·04, Enzianextrakt 0·05 und Gelatine 0·02. Gegen Darmkatarrhe.

Intestin. Gemisch von Naphtalin, Wismutoxyd, Benzoesäure. Darmantiseptikum. Dosis 0·5—1 g.

Irosyl sind Pillen aus Ferrid-Natrium pyrophosphoricum, Kal. bromatum und Chinin. bromatum. Gegen Blutarmut.

Isson. Wohlschmeckende, haltbare Flüssigkeit mit 0·2% Eisenoxydulsaccharat. Dosis für Kinder 10—25 Tropfen, für Erwachsene ½—1 Teelöffel voll.

Jungclausens Bandwurmmittel ist ein Fluidextrakt von Kürbiskernen. Die zu verabreichende Menge entspricht 300 g Kürbiskernen. Wird mit Tee oder Kakao morgens nüchtern gegeben. Als Abführmittel geeignet: Purgen, Rizinusöl oder Hydromel.

*) Siehe H. 1, S. 19: Referat der Arbeit von W. Sternberg „Ueber Dulcinol-Schokolade“.

Jurumbeba. Wurzel, Blätter und Früchte von Solanum insidiosum. Stomachicum, am besten in der Form des Fluidextrakts. Dosis: 1 Teelöffel voll dreimal des Tages.

Kalkcaseïn. Calciumphosphatcaseï. Als blut- und knochenbildendes Mittel für Erwachsene.

Kalodal. Nährmittel mit 95% aufgeschlossenen, leichtlöslichen Eiweißsubstanzen in leicht assimilierbarer Form, einer geringen Menge Fleischsalze und 0·2% Kochsalz. Gelblich-braunes Pulver, leicht löslich in Wasser, geruch- und geschmacklos. Die sterilisierte Lösung wird als Klysma oder Injektion verwendet.

3. Behandlungsmethoden.

Experimentelle Beiträge zur Verhütung der Scharlachnephritis mit Helmitol.

Eine Arbeit von A. Balazs über experimentelle Beiträge zur Verhütung der Scharlachnephritis mit Helmitol ist für den Praktiker von größtem Interesse. Balazs hat das Helmitol bei Scharlach zum Gegenstand seiner Untersuchungen gemacht, um zu erfahren, ob die Scharlachnephritis durch Helmitol beeinflußt werden kann. Das Helmitol (Hexamethylenamin und zitronensaures Methylenhydrat) ist ein weißer, etwas säuerlicher, pulverförmiger Körper, welcher auch in Form von Tabletten à 0·5 g in den Handel gelangt. Kinder nehmen es gerne in Wasser oder Tee gelöst. Vf. gab nur einem Teil seiner Kranken (150) Helmitol, 300 Patienten bekamen keines. Die Dosis war für kleinere Kinder dreimal 0·25 g pro die, für größere dreimal 0·50 g. Die Patienten bekamen bei der Aufnahme sofort drei Tage lang, dann am 8., 9. und 10. Tag der Erkrankung, später am 15., 16., 17. und endlich am 21., 22., 23. Tag, also in vier Zyklen diese Dosis. Ein Zyklus dauerte drei Tage, jede Pause vier Tage. Von den 150 Patienten starben sieben, und zwar zwei am 3. und 4. Tag nach der Aufnahme an Symptomen der septischen Skarlatina; zwei am 13. Tage des Spitalaufenthaltes (Tonsillitis phlegmonosa et Phlegmone colli, respektive Sepsis), die übrigen drei Todesfälle traten später auf; am 16., 23. und am 29. Tage nach der Aufnahme infolge von Komplikationen mit Tuberkulose. In 80 von den 150 Fällen (= 53·3%) war im ganzen Verlauf des Scharlachs im Urin kein Albumen vorhanden, auch nicht in Spuren, in 35 Fällen (36·6%) war Albumen in Spuren oder in ganz geringen Quantitäten transitorisch in den ersten oder späteren Tagen nachzuweisen, doch verschwand auch dieses geringe Quantum bis zum nächsten Tage, ohne daß Pulsdifferenzen oder andere nephritische Symptome aufgetreten wären. Es blieben also 135 Fälle (90% der sämtlichen) von Nephritis verschont. In 15 (10%) war Nierenentzündung vorhanden. Von diesen wurden zwei mit Scharlach im Desquamationsstadium und mit vorhandener Nephritis ausgenommen; diese bekamen in zwei Zyklen Helmitol; die Nephritis verlief leicht; in dem einen Falle war sogar nach fünf Tagen das Eiweiß nur spurenweise zu finden. Nach Abrechnung dieser beiden Fälle bleiben 13 Nephritiden (8·7%). Bei diesen hat sich das Eiweiß zwischen dem 9. und dem 23. Tage gezeigt und war anfangs gering, später etwas mehr, um sukzessive wieder zu sinken. Todesfälle kamen als Folge desselben nicht vor. Die Nephritis verlief viermal leicht, Krämpfe wurden nicht beobachtet. In acht Fällen war der Verlauf schwerer. Die in den 150 frischen Fällen aufgetretenen 13 Nephritiden entsprechen 8·7%. Demgegenüber stehen von den 300 Fällen ohne Helmitol 53 Nephritiden gegenüber, d. i. 17·6%. Es traten also bei Verabreichung des Helmitols um 50% weniger Nierenerkrankungen auf, außerdem war der Verlauf viel milder. Mit Recht erkennt Vf. auf Grund seiner Statistik dem Helmitol einen entschiedenen Vorteil zu. — (Pester med.-chir. Presse Nr. 44, 1906.)

Omorol bei Angina.

Die Notwendigkeit, auch die gewöhnliche Angina catarrhalis und lacunaris ernst zu nehmen, ergibt sich aus dem oft ernsten Krankheitsbild, namentlich aber aus der Beobachtung, daß die erkrankten Tonsillen die Eingangspforte für das

Virus bei Gelenkrheumatismus und, wie Viett aus eigener Erfahrung bestätigen kann, auch bei Appendizitis abgeben können. Glücklicherweise ist der Krankheitsherd im Anfang lokal begrenzt und einer Lokalbehandlung zugänglich. Von den bisher für Gurgelungen etwa benützten antiseptischen Lösungen sind nach Löfflers Untersuchungen bei einer Einwirkungszeit von 20 Sekunden nur die 1°/₀₀ige Sublimat-, die 3%ige Karbol- und die 1%ige Kalium hypermangan-Lösung zur Abtötung von Kokken befähigt; das sind aber giftige Antiseptika in solcher Konzentration, daß sie für die Kinderpraxis überhaupt nicht in Betracht kommen und auch für Erwachsene, welche ungeschickt gurgeln, bedenklich sind. Völlig ungiftig und enorm bakterizid ist das in Pulverform anzuwendende Omorol, ein neues Heydensches Silberpräparat, welches den Vorzug hat, daß es sich in den eiweißhaltigen Körpersäften löst und sich wegen seiner Feinheit vorzüglich zu Insufflationen eignet. Durch einige Krankengeschichten wird der Einfluß der Omoroleinstäubungen auf die infektiösen Erkrankungen des Isthmus faucium auch in schweren Diphtheriefällen demonstriert und zum Schluß das vom Vf. geübte Verfahren, dessen korrekte Ausführung von wesentlicher Bedeutung für den Erfolg ist, genau geschildert. Durch Gurgelungen mit Salzwasser werden die Schleimmassen soviel als möglich herausbefördert, die erkrankten Partien wenn möglich mit Wattetampons abgetupft, da eine Einwirkung des Omorols auf die infizierte Schleimhaut nur nach möglichster Entfernung des Schleimüberzuges denkbar ist. Dann werden mittels eines feinen Haarpinsels die erkrankten Partien energisch mit Omorol eingerieben. Daran muß sich in schweren Fällen stets eine Insufflation mittels Pulverbläsers schließen. Brauchbar für diesen Zweck sind nur solche mit Doppelgebläse; am zweckmäßigsten ist das Modell nach M. Schmidt. Vf. benützt eine von Pertzel & Schmidt in Hamburg hergestellte Modifikation, dazu Kanülen mit brauseartigem Ende. Die Insufflation geschieht mit möglichst weit vorgeschobener Kanüle bei herabgedrückter Zunge und ist nach Bedarf in einer Sitzung zu wiederholen. Zur Erzielung wirklich guter Erfolge muß das Omorol in relativ großen Mengen eingeblasen werden, was ohne Gefahr geschehen kann, da Omorol völlig ungiftig und unschädlich ist; Vf. rät daher, in die Insufflationskapsel mindestens 3 g Omorol zu tun. Auf andere dankbare Gebiete für die Omoroleinstäubungen (Ohreneiterungen, Infektionen der weiblichen Sexualorgane) wird kurz hingewiesen. — (Aerztl. Rdsch., Nr. 47, 1906.)

Genuß von Butter bei Ikterus catarrhalis.

Bei Ikterus catarrhalis erweist sich nach Heermann der Genuß von Butter oft überraschend wirksam. Man läßt einmal täglich eine möglichst große Menge davon auf Brötchen nehmen. — (Ther. Monatsh. Nr. 9, 1906.)

Behandlung der Pneumonie.

Ueber zehn mit Kreosotal behandelte Pneumoniefälle berichtet Dr. Marcos. Er demonstriert an Krankengeschichten die konstante temperaturherabsetzende Wirkung des Kreosotals bei Pneumonie. Hand in Hand mit dem Zurückgehen des Fiebers zeigte sich auch eine Besserung des allgemeinen Befindens. Die genuine Pneumonie schien ihm der Kreosotalbehandlung leichter zugänglich als die Bronchopneumonie. Seine Dosen betrugen nicht unter 5 g und stiegen bis 8 g pro die. Die durch das Kreosotal erzielte Besserung und Heilung glaubt er einer direkten Wirkung auf den Pneumokokkus zuschreiben zu müssen. — (El siglo med., 1906.)

Zur Trachombehandlung.

G. Hirsch verspricht sich eine erhebliche Abkürzung und Verbesserung der Trachombehandlung von folgender Behandlung: die Konjunktiva wird anästhetisch gemacht; dann werden sieben Teilstriche der Pravazspritze mit Sol. Hydrarg. oxycyanat. 1:3000 bis 1:4000, die übrigen drei Teilstriche mit 1%iger Akoinlösung gefüllt; den Inhalt

der Spritze injiziert man langsam an je zwei Stellen der oberen und der unteren Uebergangsfalte in, nicht unter die Konjunktiva. Dieses Verfahren wird in Zwischenräumen von 2—6 Tagen wiederholt. — (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Augenheilk., Bd. 6, H. 5.)

Schiele hat das Hirsch'sche Verfahren nachgeprüft und nach 6—8 Injektionen eine erhebliche Abflachung und Kontraktion des Konjunktivalgewebes festgestellt. Er selbst verwendet seit mehreren Jahren eine Mischung von 1 cm³ 1‰ige Natr. jodic.-Lösung und 6—8 Tropfen einer 1%igen Akoinlösung und spritzt diese Flüssigkeit sukzessive in eine der Uebergangsfalten. Die durch die vorgebuchtete Schleimhaut daraufhin klar zutage getretenen Follikel werden energisch mit dem Jodsäurestift geätzt. Der Jodsäurestift wird aus reiner Jodsäure mit Zusatz von ganz wenig Wasser hergestellt. Seine Wirkung besteht in der Abspaltung von Jod, das auf das pathologische Follikelgewebe eine zerstörende Wirkung ausübt. Der Akoinzusatz zur Injektionsflüssigkeit empfiehlt sich wegen der langen Dauer der durch Akoin erzeugten Anästhesie, so daß bei richtigem Verfahren die Einspritzungen keine Schmerzen im Gefolge haben. Eine Giftwirkung des Akoins hat Schiele nie gesehen, ebensowenig eine der Schädigungen, wie narbige Veränderungen der Konjunktiva etc., von denen Verderame behauptet hat, daß sie durch subkonjunktivale Injektion von Akoinlösungen hervorgerufen werden. In der Anwendung des Radiums sieht Vf. noch eine Vervollkommnung seiner Jodsäurebehandlung, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen. — (D. Heilk., Nr. 10, 1906.)

Katarrhe der Konjunktiva.

Bei Katarrhen der Konjunktiva werden von Koster 3%ige Lösungen von Kali chloricum empfohlen.

Fibrolysin in der Augenheilkunde.

B. Domenico berichtet über seine Erfahrungen in der Fibrolysinbehandlung von Augenkrankheiten. Fälle von Leukom, syphilitischer Infiltration der Iris und Chlorioiditis exsudativa wurden durch Fibrolysininjektionen günstig beeinflußt. Die Einspritzungen verursachten weder erhebliches Brennen, noch Infiltrationen oder Knötchenbildung an der Einstichstelle. Die Rückbildung der Augennarben läßt sich nach der Meinung des Vfs. so erklären, daß das Fibrolysin eine Atrophie der an der Bildung des Narbengewebes beteiligten Elemente bewirkt. — (Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Auges, Nr. 9, 1906.)

Diffuse Phlegmone der Kinder.

Bei diffusen Phlegmonen der Kinder wird folgendes Verfahren von Georiades empfohlen: Abseifen des ganzen in Frage kommenden Gebietes, wie bei einem chirurgischen Eingriff, Waschen mit Alkohol, Applikation einer dicken Lage mit Schwefeläther getränkter Watte, darüber eine weitere Lage trockener Watte und wasserdichten Verbandstoffes. Tägliche Erneuerung des Verbandes, ohne in die eventuelle Bildung eines Abszesses chirurgisch einzugreifen. Schon in den ersten Stunden des Verbandes zeigt sich der Erfolg: Temperaturabfall bis über 1°, Verminderung der Schmerzen, der Rötung und der Schwellung. Im allgemeinen Heilung binnen acht Tagen. Manchmal kommt es zu serösen Abhebungen und Desquamation der Epidermis. Die Methode gibt bessere Erfolge als irgend eine andere, besonders bessere als die Inzision. Von neun Kindern zwischen zwei Monaten und drei Jahren, die chirurgisch behandelt wurden, starben sechs, drei hatten eine sehr lange Rekonvaleszenz, während 27 Kinder von einem Monat bis vier Jahren nach dieser Methode glatt heilten. — (Blätter f. klin. Hydrotherap., Nr. 12, 1906.)

Ichthyolbäder in der dermatologischen Praxis.

Ch. du Bois hat in etwa 100 Fällen verschiedener Hautkrankheiten Ichthyolbäder verordnet in einer mittleren Dosis von 250—300 Ichthyol pro balneo. Die



Badedauer betrug 1/4—6 Stunden. Unerwünschte Nebenwirkungen ergaben sich in keinem Falle, dagegen erwiesen sich die Bäder als sehr brauchbar zur Beseitigung des Juckreizes, sogar in Fällen von Prurigo senilis (1/2 bis 1 1/2 Stunden jeden zweiten Tag, mehrere Wochen lang). Trockne und feuchte Ekzeme, Pityriasis und Psoriasis bilden die Hauptindikation der Ichthyolbäder. Auch Tripperrheumatismus wurde durch dieselben günstig beeinflußt. — (Nach Monatsh. f. prakt. Derm., Nr. 11, 1906.)

4. Rezeptformeln.

Cholelithiasis.

Rp. Eunatrol 15·0
Tinct. Valerian. 10·0
Ess. Ananas gtt. XX
Aq. menth. pip. ad 200·0

M. D. S. Dreimal täglich ein Eßlöffel voll zu nehmen. — (Ehret.)

Fissura ani.

Rp. Extr. Bellad. 0·5
Cocain. mur. 0·05
Ammon. sulf. ichthyol. ad 6·0

M. D. S. Vor dem Gebrauch erwärmen und umschütteln. Zweimal täglich Einführen eines mit dieser Lösung getränkten Wattefadens. — (Katzenstein.)

Hyperemesis gravidarum.

Rp. Tinct. nuc. vomic. 3·0
Natr. bicarb. 8·0
Aq. dest. 150·0
Syr. Cinnam. 30·0

M. D. S. Zwei- bis dreistündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen. — (Oehlschläger.)

Bronchitis.

1. Rp. Sol. Pyrenoli 10·0 : 200·0
Syr. Rub. Id. 20·0

D. S. Drei- bis viermal täglich ein Eßlöffel voll (für Erwachsene).

2. Rp. Sol. Pyrenoli 3·0 : 100·0
Syr. Rub. Id. 20·0

D. S. Vier- bis sechsmal täglich ein Teelöffel voll (für Kinder).

Chorea minor.

Rp. Acid. carbol. crystall. 1·5
Glycerin. 5·0
Aqu. dest. steril. 45·0

D. S. Täglich zwei bis drei Injektionen in die Glutäalgegend von einer Pravazspritze obiger Lösung. Bei Kindern unter 10 Jahren 1% Phenollösung! — (Mauro.)

Psoriasis.

Rp. Acid. salicylic. 10·0
Chrysarobin. } āā 20·0
Ol. Rusci }
Sap. virid. } āā 25·0
Vaselin. }

M. f. ungt.

D. S. Morgens und abends mit Borstenpinsel einzureiben. Nach zirka sechs Tagen drei Tage lang täglich warm baden und ein- bis dreimal Vaseline gründlich einreiben. Dieser Turnus von zirka acht Tagen wird ein- bis dreimal bezw. öfter wiederholt. — (Dreuw.)

Icterus catarrhalis.

Rp. Natr. salicyl. 5·0
Aq. dest. 100·0
Syr. cort. Aurant. 20·0

M. D. S. Drei- bis viermal täglich ein Eßlöffel voll zu nehmen. — (Stiller.)

Hartnäckige Gastritis chronica anacida.

Rp. Pankreon (in tabul.) 0·25

D. t. D. Nr. 25 oder 50, 100, 200.
S. Täglich 4—12 Stück während des Essens zu nehmen

und

Rp. Acid. mur. dilut. 30·0

D. S. Täglich dreimal 10—15 Tropfen eine Stunde nach dem Essen.

Diphtherie.

1. Rp. Tinct. Myrrh. } āā 8·0
Glycerin. }
Aq. dest. ad 200·0

D. S. Nach Bericht. — (Ströll.)

Davon in den ersten zwei Lebensjahren einstündlich (in schweren Fällen halbstündlich) ein Kaffeelöffel; vom dritten bis 15. Lebensjahr stündlich ein Kinderlöffel voll, dann stündlich ein Eßlöffel voll (bei Tag und Nacht).

2. Rp. Thymol. 0·5
Alk. abs. 1·0
Aq. dest. ad 500·0
D. S. Zur Inhallation.

5. Varia.

Antiseptische Wirkung des Menstrualblutes.

G. v. Petersen hat beobachtet, daß alle Ulcera mollia, die von Menstrualblut bespült waren, sich unter dem Einfluß desselben reinigten, während die gleichzeitig an der Umgebung der Genitalien vorhandenen Ulcera, die vom Menstrualblut nicht bespült wurden, Belag und Eiterung unverändert beibehielten. — (St. Petersb. med. Wochenschr., Nr. 36, 1906.)

Urosin-Kalk-Stahlbrunnen enthält 4‰ Urosin (Lithium chinicum) neben den natürlichen Bestandteilen des Lippspringer Kalk-Stahlbrunnen. Das Wasser soll bei Gicht-, Blasen- und Nierenleiden gute Dienste leisten und wird von der Verwaltung des Lippspringer Kalk-Stahlbrunnen in Lippspringe in den Handel gebracht. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

Bücher-Anzeigen.*)

Vorlesungen über spezielle Therapie innerer Krankheiten für Aerzte und Studierende. Von Prof. Dr. Norbert Ortner. Vierte vermehrte und verbesserte Auflage. Wien, Leipzig 1907. Verlag von Wilhelm Braumüller. 689 Seiten. Preis 24 Kronen.

Das Erscheinen des so bekannten Werkes in vierter Auflage ist allein schon ein Beweis für die Zweckmäßigkeit in Anlage und Abfassung desselben. Vorwiegend für den Gebrauch des praktischen Arztes bestimmt, wurde vom Vf. das Theoretische auf das notwendigste Maß eingeschränkt und nur gleichsam als Spitzmarke den betreffenden Abschnitten in wenigen Sätzen Krankheitsbegriff und Erscheinungsform, sowie Wirkungsweise einzelner Arzneigruppen oder Heilverfahren vorangestellt. Das Therapeutische nimmt daher den Raum fast ausschließlich ein und konnte so auf dem relativ geringen Umfange des Werkes eine ganz erstaunliche Fülle von Material in höchst übersichtlicher Anordnung, welche durch Randworte noch besonders gesteigert wird, bewältigt werden. Mit besonderem Fleiße sind diätetische und physikalische Heilmethoden bearbeitet, ferner liegen zahlreich in den Text eingeschaltete Rezepte zum sofortigen Gebrauche bereit. Als besonderen Vorzug möchte Ref. anerkennen, daß der Vf. nur seine eigenen Erfahrungen reden läßt und im Verurteilen der einen oder anderen Methode ganz offen sich ausspricht — bei dem unglaublichen Ballaste an Präparaten und Heilverfahren der heutigen Medizin ein höchst notwendiges und zweckmäßiges Vorgehen, das dem Vf. den Dank der in seinem Werke Ratsuchenden ganz besonders verdient. Ebenso aufrichtig ist Vf. wenn es sich um Methoden handelt, die nachzuprüfen er noch nicht Gelegenheit gefunden hat oder die ihm von vornherein als aussichtslos erschienen sind. Ortners Buch, von einem Praktiker für Praktiker geschrieben, wird auch in der vierten Auflage die entsprechende Verbreitung finden. Die Ausstattung des Werkes ist vorzüglich, der Preis für den so umfangreichen Text ein höchst mäßiger zu nennen. E. Schwarz.

Die hämatopoetischen Organe in ihren Beziehungen zur Pathologie des Blutes. Von Dr. Konrad Helly. Wien 1906. Verlag von Alfred Hölder. 205 Seiten und eine Tafel in Farbendruck.

Das vorliegende Buch ist als einführende Abteilung zu dem klassischen Werke von Ehrlich und Lazarus „Die Anämien“ in Nothnagels „Spezielle Pathologie und Therapie“ gedacht, wird jedoch auch als Einzelwerk seinen Platz in der medizinischen Literatur behaupten können, indem es eine fühlbare Lücke unserer Monographien ausfüllt. Die Absicht des Autors ist es nämlich gewesen, die normale und pathologische Histologie der blutbereitenden Organe einmal

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

in zusammenfassender Weise darzustellen, um so eine Grundlage für das Verständnis der klinischen Pathologie dieser Erkrankungen zu geben. Was man bisher aus zerstreuten Arbeiten und Einzelwerken mühevoll diesbezüglich zusammensuchen mußte, hat H. in möglichst vollkommener Weise gesammelt, durch eigene Arbeit wesentlich vermehrt — ist ja die Histologie der hämatopoetischen Organe schon seit mehreren Jahren Hellys erfolgreiches Forschungsgebiet — und, was wesentlich hervorgehoben zu werden verdient, durch Wahl allgemeinerer Gesichtspunkte zu einem geschlossenen Gesamtbild vereinigt. Vf. steht auf dem Standpunkte der strikten Spezifizität des erythro-, granulo- und lymphozytären Systems und sucht nun auf Grund der normalen wie pathologischen Anatomie und Physiologie die Trennung dieser drei Zellgruppen als brauchbaren Leitfaden für die Auseinanderhaltung der einzelnen Erkrankungen und Veränderungen des hämatopoetischen Apparates zu erweisen. Dadurch gewinnt Vfs. Arbeit nicht nur eine äußere, durch die Beschreibung der einzelnen Organe (Milz, Lymphdrüsen, Knochenmark) bedingte Einteilung, sondern auch eine innere logische Gliederung, welche selbst dort das Interesse wachhält, wo sonst trockene Beschreibungen den nicht spezialistisch interessierten Leser abschrecken würden. Ref., welcher seit Jahren denselben Standpunkt wie Vf. vertreten hat, kann Vfs. Werk dringend all denen zum Studium anempfehlen, welche sich mit der Pathologie des Blutes beschäftigen oder sich über die komplizierten Verhältnisse dieses Gebietes orientieren wollen. Durch die ungemein fleißige und kritische Benützung der Literatur wird das Buch auch ein willkommener Führer bei selbständiger Arbeit sein.

E. Schwarz.

Handbuch neuerer Arzneimittel. Von Dr. O. v. Lengerken. Frankfurt a. M. 1907. Verlag von Johannes Alt. 659 Seiten. Preis 13·60 Mark.

Das Buch liefert eine vollständige Katalogisierung der neueren Arzneimittel und pharmazeutischen Präparate mit Angabe der chemischen und physikalischen Eigenschaften, der Bezugsquellen und Handelspreise. Bei einem Teile der Gegenstände, welche in einem ersten Teil gesondert zusammengestellt sind, werden auch genauere ärztliche Angaben (Dosierung, Indikationen, Wirkungsweise) nach der von den Fabriken dem Autor zur Verfügung gestellten Literatur und Detailauskünften angegeben. Das Werk eignet sich gut zur raschen Orientierung über die zahllosen Präparate.

E. Schwarz.

Aulus Cornelius Celsius über die Arzneiwissenschaft in acht Büchern. Uebersetzt und erklärt von Eduard Scheller. Zweite Auflage. Nach der Textausgabe von Daremberg neu durchgesehen von Walter Frieboes. Mit einem Vorworte von Prof. Dr. R. Kobert zu Rostock. Mit einem Bildnis, 26 Textfiguren und vier Tafeln. Braunschweig 1906. Druck und Verlag von Friedrich Vieweg & Sohn. 862 Seiten.

Das vorzüglich ausgestattete, kompendiöse Werk verdankt seine Entstehung einer Anregung Koberts. Die einzelnen Fächer, über die sich die acht Bücher des Werkes verbreiten, sind: Anatomie, Diätetik, Pharmakologie, innere Medizin, Geschlechtskrankheiten, Hautkrankheiten, Chirurgie, Geburtshilfe, Ohrenheilkunde, Hals-, Mund- und Nasenkrankheiten und Augenheilkunde.

Einzelheiten lassen sich natürlich im Rahmen einer Besprechung nicht anführen. Nicht nur Mediziner, sondern auch Philologen und Altertumsforscher werden Genuß und Gewinn aus dem Studium der Celsiusübersetzung schöpfen. — Es sollte mindestens jeder ärztliche Verein das Werk besitzen.

Fritz Loeb.

Der weibliche Körper und seine Verunstaltungen durch die Mode. Von Rud. M. Arringer. Verleger Hugo Bermühler, Berlin. 215 Seiten. 16 Tafeln. 71 Figuren. Preis Mark 5.

Von speziellem ärztlichen Interesse sind die Hinweise über die Verunstaltungen und Schädigungen der Rumpforgane durch Korsett und Schnüren. Viel Neues kann der Vf. natürlich nicht bringen. Er wird aber seiner Aufgabe gerecht, eine vernünftige Kleiderreformbewegung zu unterstützen.

H.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Die Wirkung und Anwendung der Joachimsthaler radioaktiven Grubenwässer.

Von Dr. **Leopold Gottlieb**, k. k. Bezirksarzt in St. Joachimsthal.

Die folgenden Zeilen haben den Zweck, die Aufmerksamkeit auf die Joachimsthaler radioaktiven Grubenwässer, auf ihre therapeutische Anwendung und Wirkung zu lenken. Dieselben treten im sogenannten Wernerlaufe, in einer Tiefe von 375 m, in welchem sich mächtige Lager von Uranpecherzen (Pechblende) befinden, zutage. Aus dem Uranpecherze werden schon seit längerer Zeit in der k. k. Uranfabrik in St. Joachimsthal die in der Glas- und Porzellanindustrie vielfach angewendeten Uranfarben durch Auslaugen mit Schwefelsäure erzeugt, und aus dem Rückstande — einem braunen Pulver — welcher bei der Erzeugung dieser Farben zurückbleibt, hat das Ehepaar Curie das Radium gewonnen.

Mit dem Radium, bezw. den Radiumpräparaten wurden bereits vielfache therapeutische Versuche gemacht, und aus der sehr reichhaltigen Literatur über diesen Körper ist zu entnehmen, daß die Radiumstrahlen bei verschiedenen Erkrankungen der Haut mit gutem Erfolge angewendet werden. Wir wissen, daß die Wirkung derselben ähnlich ist wie die der Röntgen-Strahlen, nämlich, daß sie Entzündungen der Haut erzeugen und durch Zerstörung der pathologischen Gewebe bei verschiedenen Hautkrankheiten und Neubildungen Heilung bewirken. Lupus, Psoriasis, Sykosis, Pigmentmäler, Gefäßerweiterungen, Hautkarzinome u. a. wurden durch Bestrahlung mit Radium mit Erfolg behandelt und geheilt. Die Radiumpräparate haben den Vorzug, daß ihre Anwendung eine viel leichtere und einfachere ist als die der Röntgen-Strahlen.

Diese Abhandlung bezweckt jedoch nicht, die Wirkung des Radiums, sondern die der Joachimsthaler radioaktiven Grubenwässer näher zu erörtern.

Unter den vielen Eigenschaften des Radiums ist auch die von besonderer Wichtigkeit, daß alle Körper, welche sich in der Nähe desselben befinden, selbst radioaktive Eigenschaften zeigen. Diese Erscheinung wird induzierte Radioaktivität genannt und nach Ruthefored dadurch hervorgerufen, daß das Radium ein radioaktives Gas ausströmt, welches er Emanation nennt. Die Versuche mit der Emanation haben gezeigt, daß sich dieselbe wie ein echtes Gas verhält, sie verbreitet sich in dem Raume, in welchem sich die radioaktive Substanz befindet, sie hat das Bestreben, jeden Raum auszufüllen, und die Fähigkeit, andere Körper, sowohl feste als auch flüssige, radioaktiv zu machen. Es ist nachgewiesen, daß die Aktivität der Gegenstände desto höher ist, je länger sie sich in der Nähe der Radiumpräparate befinden und je stärker die letzteren sind. Die Emanation ist aber nicht stabil, sie geht wieder nach und nach verloren, und zwar nimmt bei Radiumemanation die Aktivität in vier Tagen um die Hälfte ab, bei anderen radioaktiven Elementen verliert sich dieselbe in einem anderen Zeitraume, und aus der verschiedenen Dauer der Aktivität der Emanation kann man bestimmen, aus welchem radioaktiven Elemente die letztere stammt. Nach den vom k. k. Oberbergverwalter Štěp hier vorgenommenen Untersuchungen und Messungen nimmt die Aktivität der hiesigen Grubenwässer in vier Tagen um die Hälfte ab und enthält demnach nur Radiumemanation, welche auf die radiumhältige Pechblende zurückzuführen ist.

Auf dieser Eigenschaft des Radiums,

bezw. der radioaktiven Elemente beruht die Heilwirkung einiger Thermen und der Joachimsthaler Grubenwässer.

Unter den bisher vorgenommenen Untersuchungen von Heilquellen und Wässern nehmen die der Gasteiner Thermen und der böhmischen Bädergruppen Karlsbad, Marienbad, Teplitz - Schönau - Dux, Franzensbad, dann die Grubenwässer von St. Joachimsthal ein erhöhtes Interesse in Anspruch (Sitzungsbericht der kais. Akademie der Wissenschaften in Wien, mathematisch-naturhistorische Klasse, Band CXIII und CIV, Abt. II a).

Die Radioaktivität der Karlsbader Wässer reicht von der stärksten bis zur schwächsten Quelle von 885 bis 23 Volt, der Marienbader von 186 bis 152, Teplitz-Schönau 151 bis 72, Franzensbad von 22·2 bis 2·9. Es wird angenommen, daß bei einer Reihe von zu Trinkkuren dienenden Mineral- und Thermalwässern, welche Radiumemanation enthalten, diese als wichtiger Heilfaktor mit in Betracht kommt, und diesem Umstande wird auch die bessere Wirkung der Thermalwässer an Ort und Stelle zugeschrieben, da durch die Versendung und das Erhitzen derselben die etwa noch vorhandene Radioaktivität verloren geht.

Die Gasteiner Quellen weisen einen sehr hohen Emanationsgehalt auf, und auf diesen wird in neuerer Zeit die Heilwirkung dieser sonst indifferenten Wässer, welche einer erhöhten elektrischen Leitung derselben zugeschrieben wurde, zurückgeführt.*) Unter allen Wässern jedoch sind die Joachimsthaler Grubenwässer die radioaktivsten und übertreffen selbst die Gasteiner Quellen um das Vielfache, denn während die letzteren eine Radioaktivität von 3000 Volt haben, wurde in den Joachimsthaler Grubenwässern im zweiten Wernerlaufe bei den im Jahre 1905 vorgenommenen, oben erwähnten Messungen eine solche von 4270 und später vom k. k. Oberbergverwalter Štěp im Wasser des Danielistollens ein Emanationsgehalt bis 24.000 Volt nachgewiesen.

Die Radiumemanation hat dieselben Eigenschaften wie die Bequerelstrahlen, und die mit radioaktivem Wasser vorgenommenen Versuche bei Behandlung von malignen Tumoren haben ähnliche günstige Resultate ergeben wie die Bestrahlung mit ersteren. Verwendet wurde bei diesen Versuchen radioaktives, durch Destillation von Radiumlösung gewonnenes Wasser, welches in Tumoren eingespritzt wurde. Durch diese Behandlung wurde bei acht Krebskranken eine Verkleinerung der Tumoren erzielt, und in einem Falle ein taubeneigroßer, maligner Tumor entflüssigt (Ther. d. Gegenw., September 1904 und Mai 1905: Ueber die Bedeutung der Radiumemanation und ihre Anwendung).

Derartige Aktivierungen, welche auch von anderen Autoren vorgenommen wurden, sind jedoch sehr kostspielig und umständlich und deshalb verwendet Hofrat Prof. Neusser auf der II. med. Klinik in Wien die radioaktiven Joachimsthaler Uranpecherzrückstände, nachdem zuvor die Einwirkung der Radioaktivität derselben auf Mikroorganismen experimentell sichergestellt wurde, zur Aktivierung von Wasser, und von dem Gedanken ausgehend, daß die Heilerfolge der Gasteiner Thermen zum großen Teile ihrer hohen Radioaktivität zuzuschreiben sind, verabreicht er mit dem aus diesen Rückständen aktivierten Wasser mit gutem Erfolge Bäder an mit Gicht, chronischem Rheumatismus und Neuralgien behaftete Kranke. (E. Neusser: K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Juni 1905, und Dr. Fritz Dautwitz: Beitrag zur biologischen Wirkung der radioaktiven Uranpecherzrückstände aus St. Joachimsthal in Böhmen, Zeitschr. f. Heilk., XXVII. Jahrg. 1906.)

Auf Grund dieser Wahrnehmungen war anzunehmen, daß die einen hohen Gehalt an Emanation enthaltenden Joachimsthaler Grubenwässer dieselbe therapeutische Wirkung entfalten müssen wie die künstlich aktivierten Wässer oder wie die Gasteiner Thermen, und ich entschloß mich daher, hier die entsprechenden Versuche anzustellen.

Nachdem ich ein erforderliches Krankenmaterial zur Verfügung hatte, habe

*) Wassing: Der Kurort Wildbad Gastein. Verlag von Wilhelm Braumüller. Wien 1889.

ich in einer hier schon bestehenden Privatbadeanstalt einige Kabinen zu diesem Zwecke eingerichtet und begann im Jänner 1906 die hiesigen radioaktiven Grubenwässer zu Bädern zu verabreichen. Das hohe k. k. Ackerbauministerium hat mir in entgegenkommendster Weise das hiezu nötige Grubenwasser zur Verfügung gestellt und die löbliche k. k. Berg- und Hüttenverwaltung durch weitgehendste Förderung meine Versuche unterstützt. Das Wasser wurde in der Grube von Bergleuten unter Kontrolle eines Aufsichtsorgans in hiezu eigens konstruierte Gefäße gefüllt und in die Badeanstalt zugeführt. Die Messungen der Radioaktivität des Wassers, welche vor jedem Bade genau bestimmt wurde, hat in zuvorkommendster Weise der k. k. Oberbergverwalter Stěp vorgenommen.

Während die Gasteiner Quellen und andere radioaktive Quellen und Mineralwässer einen bestimmten höchsten Grad von Radioaktivität besitzen, welcher nicht mehr gesteigert werden kann, können bei dem hohen Gehalte des Grubenwassers an Radioaktivität hier radioaktive Bäder von einem bedeutend höheren Gehalte verabreicht, die Radioaktivität derselben kann beliebig verstärkt oder auch verringert werden, je nach der Individualität des Kranken, und ich habe Bäder bis zu einer Radioaktivität von 5000 Volt verabreicht, ohne daß hiebei irgendwelche unangenehme Nebenerscheinung aufgetreten wäre.

Temperatur und Dauer der Bäder, welche bisher ausnahmslos als Vollbäder gegeben wurden, richteten sich je nach dem individuellen Falle.

In der Zeit vom 1. Jänner bis 30. September 1906 habe ich 43 mit verschiedenen Formen von Gicht, chronischem Rheumatismus und Neuralgien behaftete Kranke, einen Fall mit einem Exsudat im Kniegelenk und einen Fall mit Schmerzen nach einem Knochenbruche behandelt. Meine Voraussetzung, daß die hiesigen radioaktiven Grubenwässer diese Krankheiten günstig beeinflussen müssen, hat durch die erzielten, äußerst günstigen Erfolge ihre Bestätigung gefunden. Hiebei muß noch besonders erwähnt werden, daß es sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um Kranke handelte, bei welchen das Leiden schon lange andauerte, und die früher andere Bäder erfolglos gebrauchten.

Die Wirkung der radioaktiven Bäder macht sich schon nach kurzer Zeit bemerkbar, die rheumatischen und neuralgischen Schmerzen lassen nach, die Exsudate, Anschwellungen der Gelenke und die gichtischen Auflagerungen werden zur Resorption und zum Schwinden gebracht. Die Kranken empfinden im Bade ein Gefühl des Prickelns der Haut, besonders der Finger und der Zehen, bei vielen stellt sich ein heftiger Harndrang ein und noch längere Zeit nach dem Bade ist die Diurese vermehrt. Während der ersten Bäder tritt beinahe ausnahmslos Exazerbation der Schmerzen ein, und in einigen Fällen waren die Schmerzen so intensiv, daß für einige Tage die Bäder ausgesetzt werden mußten. Es dürfte sich hier um eine durch das radioaktive Wasser hervorgerufene, heftige Reaktion handeln. Bäder mit den Joachimsthaler radioaktiven Grubenwässern wirken selbst bei höheren Temperaturen (37·5—38° C.) exzitierend, erzeugen ein Gefühl des Wohlbehagens und üben einen erfrischenden Eindruck. Es scheint auch, daß durch die Joachimsthaler radioaktiven Bäder der Blutdruck herabgesetzt wird, und sollte sich diese Tatsache durch die weiteren Beobachtungen bestätigen, so würde die Indikation zum Gebrauche dieser Bäder eine wesentliche Erweiterung erfahren.

Um die Ergebnisse meiner Beobachtungen darzustellen, füge ich zum Schlusse einige Krankengeschichten hinzu:

1. Frau Ch. W. Chronische Gicht seit mehreren Jahren. Dreimaliger Kurgebrauch in Teplitz-Schönau. Letzter Anfall anfangs Juni 1905 mit Schmerzen, Rötung und Schwellung in beiden Sprung- und Kniegelenken. Nach entsprechender Behandlung ließen die krankhaften Erscheinungen in den beiden Sprung- und im linken Kniegelenke nach, dagegen blieb die Schwellung und Schmerzhaftigkeit im rechten Knie, wodurch das Gelenk in seiner Funktion wesentlich behindert war. 6wöchentlicher Kurgebrauch in Teplitz von Anfang August bis Mitte September

ohne Erfolg. Patientin kommt am 11. Jänner 1906 in meine Behandlung. Rechtes Kniegelenk stark geschwollen, schmerzhaft, die Geschwulst weich, teigig, bedeutende Funktionsstörung, Gehen unmöglich. Nach sieben radioaktiven Bädern Abnahme der Geschwulst bemerkbar, Schmerzen geringer; nach weiteren Bädern nimmt die Geschwulst konstant ab, ebenso die Schmerzen. Die Beweglichkeit im Kniegelenk wird besser und nach 30 Bädern sind Geschwulst und Schmerzen ganz geschwunden, die normale Beweglichkeit im Kniegelenk wieder hergestellt. Die Patientin kann weitere Spaziergänge machen.

2. Frau M. Ch. Chronische Gicht mit Gichtknoten in mehreren Gelenken. Häufige Rezidiven, besonders im Winter, so daß die Kranke zumeist ans Zimmer gefesselt ist. Wiederholter Kurgebrauch in Karlsbad, Franzensbad, Teplitz. Patientin kommt in meine Behandlung am 10. Mai 1906. Status praesens: Schmerzen in den Fingergelenken beider Hände, in beiden Sprunggelenken und den Gelenken der Fußwurzelknochen, des Mittelfußes und der Zehen. Gichtknoten um die Gelenke der Finger und Zehen; starke Funktionsstörung der ergriffenen Gelenke. Nach einigen Bädern Abnahme der Schmerzen, Verkleinerung der Gichtknoten, nach 28 Bädern Gichtknoten sehr verkleinert und geringe Schmerzhaftigkeit. Patientin kann längere Zeit gehen, ohne Schmerzen zu empfinden und ist bisher ohne Rezidive.

3. Frau B. W., Arbeiterin. Leidet seit mehreren Jahren an chronischem Gelenks- und Muskelrheumatismus mit Beteiligung des rechten Hüftgelenkes, der Kreuz- und Lendenwirbel und der Muskulatur der unteren Extremitäten, der Kreuz- und Lendengegend. Schwellung der Gelenke und der Muskulatur nicht vorhanden, Krepitation im Hüftgelenke. Große Schmerzen in den betroffenen Partien und Funktionsstörung, besonders im Hüftgelenke. Beugung desselben weder spontan, noch passiv möglich. Gehen nur in gebeugter Stellung und nach der linken Seite geneigt, möglich. Das Besteigen selbst eines niedrigen Stiegenabsatzes unmöglich. Nach dem Gebrauche einiger Bäder trat eine wesentliche Besserung in der Beweglichkeit ein, auch die Schmerzen wurden geringer und nach 28 Bädern sind die Schmerzen im Hüftgelenke und in der Kreuzbeingegend geschwunden. Jede Bewegung im Hüftgelenke kann schmerzlos ausgeführt werden. Die Kranke kann wieder ihrer Arbeit nachgehen.

4. Herr H. K. erkrankte am 18. Februar 1905 an einer akuten Entzündung im rechten Kniegelenk nach Gonorrhöe. Exsudat im Kniegelenk, welches nicht zur Resorption gebracht wurde. Pystian, Teplitz-Schönau ohne Erfolg. Patient kam am 16. Mai 1906 in meine Behandlung. Bedeutende Schwellung und Steifheit des rechten Kniegelenks; Patella fest, ganz unbeweglich, starke Schwellung des ganzen rechten Unterschenkels. Passive Bewegungen wegen des großen Schmerzes und wegen Anspannung der Muskulatur undurchführbar. Nach dem siebenten Bade Patella mäßig verschiebbar, nach dem 15. Bade Abnahme der Schwellung im Kniegelenk bemerkbar, Patella gut beweglich. Nach weiteren Bädern sukzessive Abnahme der Geschwulst, beschränkte passive Bewegung ohne Schmerzen möglich. Nach 45 Bädern bedeutende Abnahme der Geschwulst, Schwellung des Unterschenkels geschwunden, mäßige Beugung des Kniegelenks auch spontan möglich. Patient soweit gebessert, daß er sich einer orthopädischen Behandlung mit Aussicht auf Erfolg unterziehen kann.

5. Frau M. W. Ischias seit 2. Dezember 1905, mit heftigen, dieser Krankheit charakteristischen Schmerzen im rechten Bein, dem Gefühle des Eingeschlafenseins und Anästhesie im Fuße und den Zehen. Alle angewendete Therapie erfolglos. Am 13. Jänner 1906 erstes radioaktives Bad. Nach dem vierten Bade geringer Nachlaß der Schmerzen, nach dem siebenten Bade konnte die Kranke schon einige Schritte im Zimmer gehen, das Gefühl des Eingeschlafenseins vermindert. Nach 15 Bädern vollständige Heilung, bisher ohne Rezidive.

6. Frau Ch. H. Gicht seit drei Jahren mit der eigentümlichen Lokalisation in den zwei letzten Brustwirbeln. Dieselben sind geschwollen, gerötet, sehr schmerz-



haft, die Schmerzen ausstrahlend in beide Oberschenkel und die rechte obere Extremität. Das Gehen mühsam, in gebückter Stellung. Am 28. Juli Beginn der Behandlung mit radioaktiven Bädern. Nach dem achten Bade leichte Besserung, die ausstrahlenden Schmerzen geringer; nach 15 Bädern die Wirbel weniger geschwollen und weniger schmerzhaft, die Kranke kann im Zimmer eine kurze Zeit gehen. Nach 28 Bädern die Schmerzen in den Wirbeln gering, Patientin kann längere Spaziergänge machen, ohne wesentlichen Schmerz zu verspüren und wird bedeutend gebessert entlassen. Besserung anhaltend.

7. Herr R. Sch. Gichtische Schmerzen in der linken großen Zehe, in den Gelenken der Fußwurzel und des Mittelfußes und Anschwellung derselben, wodurch das Gehen sehr behindert war. Beginn der Bäder am 26. Mai. Nach fünf Bädern Nachlaß der Schmerzen in der großen Zehe, nach zehn Bädern die Schwellung geschwunden, Schmerzen bedeutend vermindert. Nach 18 Bädern haben sich die Schmerzen ganz verloren, der Patient kann weite Strecken zu Fuß zurücklegen, ohne die geringsten Beschwerden zu empfinden. Während ihm früher bei längerem Gehen durch Zunahme der Anschwellung der Schuh am linken Fuße zu eng wurde, bleibt derselbe nach Beendigung der Badekur immer bequem.

8. H. St. erkrankte im Juni 1905 an akutem Gelenksrheumatismus mit Schmerzen, Rötung und Schwellung im linken Hüft-, Knie- und Sprunggelenk und beiden Handgelenken. Nach entsprechender Behandlung traten im Sprung- und Hüftgelenk und in den Handgelenken Heilung ein, das Kniegelenk kehrte jedoch nicht zur Norm zurück, sondern blieb im Stadium chronischer Anschwellung. Patient kam am 27. Jänner 1906 in meine Behandlung. Das Gelenk war stark geschwollen und sehr schmerzhaft, passive Beweglichkeit ganz unmöglich. Nach fünf Bädern geringer Nachlaß der Schmerzen. Nach 15 Bädern Abnahme der Geschwulst, passive Beweglichkeit in mäßigem Grade möglich, hiebei fühlt man Krepitionen. Nach 20 Bädern passive Bewegung beinahe bis zu einem rechten Winkel möglich, Schmerzen gering, auch spontane Beweglichkeit möglich. Nach 26 Bädern kann Patient schon längere Zeit im Zimmer gehen. Nach 30 Bädern die Geschwulst ganz geschwunden, Schmerzen gering. Patient kann schon längere Spaziergänge machen und wird wesentlich gebessert entlassen.

9. Frau R. L. erlitt vor mehreren Jahren eine Fraktur des rechten Oberschenkels im Schenkelhalse. Seit dieser Zeit Schmerz beim Gehen, so daß sie nur mühsam, auf einen Stock gestützt, eine kurze Strecke gehen kann. Bělohrad und wiederholt Teplitz-Schönau ohne Erfolg. Patientin kam am 28. Juni 1906 in meine Behandlung und gebrauchte 28 Bäder, durch welche die Schmerzen beinahe zum Schwinden gebracht wurden, so daß dieselbe auch weitere Strecken ohne besondere Beschwerden zurücklegen kann.

Auf Grund dieser Beobachtungen steht es außer Zweifel, daß unsere zahlreichen Heilquellen Deutschböhmens in den Joachimsthaler radioaktiven Grubenwässern eine wertvolle Bereicherung aufzuweisen haben.

Die hier zum Gebrauche derselben aufgestellten Indikationen, als Gicht, Rheumatismus, Neuralgien und Exsudate dürften mit der Zeit eine wesentliche Erweiterung erfahren, und es ist jetzt schon die Vermutung gerechtfertigt, daß dieselben durch ihre exzitierende Wirkung auch bei verschiedenen nervösen und Schwächezuständen angezeigt sind.

Ueber „Dyspnon" bei Angina pectoris.

Von Dr. **Max Weißbart**, München.

Dyspnon nennt sich ein Medikament, das die Apotheke „Zur Austria" in Wien in der Form von verzuckerten Tabletten auf den „Arzneimarkt" bringt. Das Mittel ist zusammengesetzt aus Theobromin.-Natr. salicyl. 0·25, Theobrom.-



Natr. acetic. 0·1 und Extr. Quebracho 0·1. Diese Art seiner Zusammensetzung aus Diuretin und Agurin einer- und der Quebrachorinde anderseits lassen vermuten, daß das Dyspnon bei Angina pectoris und anderen Zuständen von gutem therapeutischen Werte sei.

Für das Theobromin und seine Derivate, „Diuretin“ (Theobr.-Natr. salicyl.), „Uropherin“ (Theobr.-Lithium salicyl.), „Agurin“ (Theobr.-Natr. acet.) und Theobr.-Natr. benzoicum, hat Breuer in Nr. 39—41 der Münch. med. Wochenschr. 1902, in seiner Abhandlung „Zur Therapie und Pathogenese der Stenokardie und verwandter Zustände“ ein warmes Wort eingelegt.

Von der Quebrachorinde wissen wir durch Untersuchungen von Harnack und Hofmann, daß die Alkaloide dieses Präparats eine dem Apomorphin ähnliche Wirkung haben. Tierversuche zeigen, daß Erregungszustände des Zentralnervensystems mit Lähmung des Atmungszentrums ausgelöst werden. Penzoldt wies nach, daß das Quebrachoextrakt ein ausgezeichnetes Mittel bei asthmatischen Zuständen aller Art sei. Es ist möglich, die Atemnot für Stunden zu verringern und selbst aufzuheben. Diese Wirkung deckt sich mit Harnacks und Hofmanns Versuchen.

Von Publikationen über die Erfahrungen mit Dyspnon am Krankenbette ist mir nur die eine bekannt, welche Mandl in Nr. 24 des „Medico-Technologischen Journal“ von 1906 veröffentlicht.

Mandl hat das Mittel bei folgenden Fällen gegeben: Drei Erkrankungen von Asthma cardiale, zwei von echter Angina pectoris infolge von arteriosklerotischen Veränderungen, ein Fall von Nikotinangina, zwei Patienten mit Claudicatio intermittens und bei einem Falle von Darmerscheinungen, die höchstwahrscheinlich auf Arteriosklerose zurückzuführen waren, also eine Art Angina abdominis. In allen diesen Fällen hat Mandl mit dem Dyspnon sein Ziel vollkommen erreicht; über die Dosierung ist Näheres nicht angegeben.

Die Fälle, in denen ich bisher Dyspnon zu verordnen Gelegenheit hatte, sind nicht einmal so zahlreich wie die oben erwähnten; es sind nur fünf, die ich darum kurz anführen darf. Die beobachtete Wirkung war eine so gute, daß ich glaube, Dyspnon den Kollegen empfehlen zu sollen. Wer Arteriosklerotiker und Patienten mit schweren Herzfehlern und stenokardischen Anfällen behandelt, weiß, wie bald gewohnte Mittel versagen. Er ist darum für ähnlich wirkende Medikamente dankbar und wendet sie gerne abwechlungsweise an.

Meine Beobachtungen sind kurz folgende:

1. 71jähriger Mann (C. M.) mit Coronarangina und Aorteninsuffizienz (Endarteritis luetica). Hat in der Jugend eine schwere Lues durchgemacht. Steril verheiratet. Sehr häufig auftretendes Asthma cardiale. Schwellung der Füße. Konnte ich beim Anfall gegenwärtig sein, so gab ich stets mit bestem Erfolge Morphium subkutan (0·01), andernfalls half man sich mit Amylnitrit. In der Zwischenzeit gab ich Nitroglyzerin, Jod, Diuretin, Agurin. Alle Mittel versagten bald den Dienst, und darum wendete ich gerne das damals mir bekannt gewordene Dyspnon mit dem Erfolge an, daß die Anfälle ausblieben, so lange das Medikament genommen wurde. Ein Versagen des Mittels trat nicht ein, offenbar infolge seines Gehaltes an Extractum Quebracho. — Zufällig hatte ich Gelegenheit, in diesem Falle die Sektion zu machen. Die Diagnose wurde bestätigt.

2. 45jährige Dame (K. A.) mit schwerer Stenokardie infolge von Aorten- und Mitralinsuffizienz. Lues negiert. Starke Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels und Hypertrophie des rechten Ventrikels. Stenokardische Anfälle, immer häufiger werdend. Diuretin, Agurin werden abwechselnd mit wechselndem Erfolge gegeben. Schließlich Dyspnon mit der gleich guten Wirkung wie im Fall 1. Später in einem solchen Anfall Exitus.

3. Fast 80jähriger Mann (H. B.) hat neben Blasenkarzinom Arteriosklerose und Hypertrophie des linken Ventrikels. Zeitweise Asthma und Wadenkrämpfe, mit allen möglichen Mitteln bekämpft. Theobromin und seine Präparate tun gute Dienste, und in



Abwechslung hiemit Dyspnon. Schließlich Tod an Herzinsuffizienz.

4. Bei diesem zur Zeit noch in Behandlung stehenden Fall leidet der 56jährige Herr (J. K.) an ausgesprochener Arteriosklerose, die bereits eine Apoplexie und eine schwere Darmblutung verursachte. Blutdruck im Mittel 150 mm. Keine Lues. Patient fühlt sich bei regelmäßigen Gaben von Dyspnon recht wohl.

5. Als fünften Fall führe ich einen negativen an. Der 60jährige Herr (M. R.) leidet an Pseudostenokardie (Huchard). Der sehr nervöse Mann hat schwere Anfälle von Herzschmerz, besonders stark nach Gemütsbewegungen, doch auch ganz spontan vorkommend. Die Stenokardie hält bald kurze Zeit — auf der Straße — bald auch sehr lange an. Befund am Herzen negativ. Blutdruck im Mittel 100 mm. Zahllose, bisher gegebene Interna haben im Stich gelassen, ebenso Dyspnon.

Die Wirkungsweise des Dyspnons ist einmal die des Extractum Quebracho, über welche oben gesprochen wurde, dann die des Theobromins, das nach Breuer ein Gefäßmittel ist, welches den gesteigerten Blutdruck und die pathologisch gesteigerte Erregbarkeit in den sklerosierten Gefäßen herabsetzt und so den Eintritt von Spasmen verhindert. Seine Anwendung bei kardialem Asthma der Arteriosklerotiker und Herzkranken ist von gutem Erfolge begleitet. Die Dosis beträgt durchschnittlich dreimal täglich zwei Tabletten.

REFERATE.

Innere Medizin.

Magen.

A. Magengeschwür:

1. **Die chirurgische Behandlung des runden Magengeschwüres und seiner Folgezustände an der Krönleinschen Klinik in den Jahren 1878 bis 1904.** Von Ferd. Kreuzer. Ref. Fritz Loeb, München.
2. **Neue Methoden zur Diagnose des Magengeschwürs.** Von John C. Hemmeter. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Die Aetiologie des Sanduhrmagens.** Von V. Barnabò. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Beitrag zur operativen Therapie bei lebensgefährlichen profusen Magenblutungen.** Von Dr. G. Hirschel, Heidelberg. Ref. A. Haas, München.

1. In der Pathogenese des runden Magengeschwüres scheint, wie Kreuzer in der Zusammenfassung seiner Ergebnisse hervorhebt, die angeborene oder erworbene individuelle Disposition, bestehend in einer eigentümlichen Beschaffenheit der Nervengefäße des Magens und des Blutes, nicht ohne Belang zu sein; die akzidentellen äußeren Ursachen, wie unregelmäßige Nahrungsaufnahme, Genuß von kalten oder heißen Speisen, Trauma, sowie die zufällig auftretenden Erosionen, Blutungen, thrombotische Vorgänge in der Magenschleimhaut würden dann nur das auslösende Moment bilden, während das Fortschreiten in der Geschwürsbildung und die schlechte Heilungstendenz durch jene individuelle Disposition bedingt würden.

In der Symptomatologie des Magengeschwürs findet sich keine Erscheinung, die für ein solches immer und in jedem Fall pathognomisch wäre. Die Beschaffenheit und Intensität der einzelnen Symptome wie des ganzen Symptomenkomplexes weisen eine äußerst große Verschiedenheit auf, ebenso der Gesamtverlauf der ganzen Krankheit. Die Schmerzen gestatten weder aus ihrem Charakter noch aus ihrem Sitz einen sicheren Schluß auf die Art und den Sitz der Affektion; häufige Schmerzen von brennendem, reißenden oder nagenden Charakter, besonders wenn dieselben regelmäßig nach der Nahrungsaufnahme auftreten, sprechen eher für ein Ulcus als für eine andere Affektion.

Das Erbrechen kann ganz fehlen und untersteht, wenn vorhanden, in Bezug

auf Auftreten, Häufigkeit und Beschaffenheit des Erbrochenen einem großen Wechsel. Durchwegs stark saures Erbrechen, häufig und bald nach der Nahrungsaufnahme, spricht sehr für ein Ulkus.

Deutliche Magenblutungen fehlen in mehr als der Hälfte der Fälle; wenn vorhanden, sprechen dieselben nicht sicher, doch sehr wahrscheinlich für ein Magengeschwür; Magenblutungen bei Gastritis hämorrhagica und anderen Affektionen sind selten.

Die äußere Untersuchung kann auch bei sicher vorhandenem Ulkus vollständig negativ ausfallen; immer an derselben Stelle scharf lokalisierte Druckempfindlichkeit spricht für das Vorhandensein eines Ulkus, gibt aber für die genaue Lokalisation desselben wenig sichere Anhaltspunkte.

Freie Salzsäure ist meistens vorhanden, seltener fehlt dieselbe, und zwar mit Vorliebe bei erheblichen Stenosen.

Milchsäure und lange Bazillen sind bei dem Magengeschwür nicht selten vorhanden, vorwiegend bei ausgesprochenen Stenosen; sie sprechen nicht sicher für ein Karzinom, sind vielmehr ein Zeichen von vorhandener Stauung überhaupt.

Die Gesamtazidität ist fast immer gesteigert, selten normal, noch seltener vermindert.

Eine sichere Diagnose des Magengeschwürs läßt sich in einer nicht geringen Zahl der Fälle nicht stellen; eine sichere Unterscheidung zwischen demselben und dem Magenkarzinom ist in einer kleinen Zahl der Fälle nicht möglich, auch ein deutlicher Tumor spricht nicht sicher für ein Karzinom. Von Wichtigkeit für die Diagnose des Magengeschwürs ist der hartnäckige Verlauf und die lange Dauer des Leidens.

Die Narbenstenose läßt sich in der ersten Zeit ihres Bestands von dem einfachen Ulkus nicht abgrenzen; beide können nebeneinander bestehen. Kopiöses Erbrechen, längere Zeit nach der Nahrungsaufnahme, Erbrechen von alten Speiseresten, Magensteifung, ausgesprochene Plätschergeräusche, reichliche Residuen und erhebliche Magendilatation sind die wichtigsten Symptome einer Pylorusstenose.

Operationen. 1. Bei dem Ulcus ventriculi mit oder ohne Stenose ist die Gastroenterostomie als das Normalverfahren anzusehen. Die Gastroenterostomie nach v. Hacker scheint die besseren Resultate aufzuweisen und ist in der Regel anzuwenden, während die Gastroenterostomie nach Wölfler dann am Platze ist, wenn bestimmte anatomische Verhältnisse die v. Hackersche Methode nicht gestatten. 2. Die Pyloroplastik kann in manchen dafür besonders geeigneten Fällen einen in jeder Beziehung guten Erfolg haben, läßt sich jedoch in den meisten Fällen mit ebenso gutem Resultat durch die Gastroenterostomie ersetzen. 3. Die Exzision des Geschwürs dürfte nur in Ausnahmsfällen bei günstiger Lage des Ulkus einen sicheren dauernden Erfolg haben. 4. Die Resektion bei Stenosen und einfachem Ulkus kommt in denjenigen Fällen in Betracht, in denen Verdacht auf Karzinom besteht, und zwar umso eher, je günstiger die Verhältnisse für eine Resektion sind. 5. Die Gastrolyse ist zu verwerfen.

Indikationen zu einem chirurgischen Eingriff bei dem Magengeschwür mit und ohne Komplikationen:

1. Absolute Indikationen: 1. Jede sicher nachgewiesene Stenose, gleichgiltig, ob erheblichen oder leichteren Grades, fällt in das Gebiet der Chirurgie; 2. die fraglichen Stenosen bei längerem Bestand des Leidens, wenn eine längere Zeit systematisch durchgeführte interne Therapie und Magenspülungen einen wesentlichen Erfolg nicht erzielt haben. 3. Oefters rezidivierende abundante Blutungen, die das Leben bedrohen oder wenigstens bedeutende Schwäche und Sinken des Körpergewichtes zur Folge haben; die Operation unmittelbar nach einer heftigen Blutung scheint nicht empfehlenswert zu sein, insofern das Leben durch die Blutung nicht direkt gefährdet ist. 4. Alle Fälle mit Verdacht auf ein begin-

nendes oder bestehendes Karzinom. 5. Alle Fälle von Ulkusperforation.

2. Relative Indikation. 1. Bei ein- oder mehrmaliger heftiger Blutung kann eine sofortige Operation in Frage kommen, wenn das Leben stark gefährdet ist und andere therapeutische Maßregeln in genügender Weise ohne Erfolg angewendet wurden. 2. Bei dem mit schweren Erscheinungen wie heftigen Schmerzen und häufigen schwächenden Erbrechen komplizierten Ulkus, wenn dasselbe längere Zeit in der gleichen Intensität bestanden und die in genügend langer Zeit angewandte innere Therapie keinen oder einen nur geringen Erfolg hatte. 3. Bei dem einfachen unkomplizierten Ulkus mit sehr langer Leidensdauer und fortschreitender Verschlimmerung trotz entsprechender Therapie, wenn die soziale Stellung des Kranken eine Besserung des Zustands dringend verlangt. 4. Bei Fällen mit funktioneller, motorischer Insuffizienz erheblichen Grades (atonische Gastrektasie, Gastrektasie und Gastroptose, Neurasthenie) kann ein operativer Eingriff in Frage kommen, wenn die interne Therapie einen nennenswerten Erfolg nicht erzielt hat und die soziale Stellung des Kranken eine Aenderung des Zustands höchst wünschenswert macht. — (Diss. Zürich, 201 Seiten; Sonderabdr. aus Beitr. z. klin. Chir., XLIX Bd., 1906.)

2. Wenn in typischen Fällen die Diagnose eines Magengeschwürs eine leichte ist, so gibt es doch zahlreiche Fälle, wo die Differentialdiagnose gegen nervöse Gastralgien, maligne Tumoren oder Cholelithiasis sehr schwierig, ja unmöglich ist. Gelegentlich gelingt es, im Gastroskop oder Oesophagoskop ein Ulkus zu sehen, so Hemmeter in zwei Fällen; aber die Methode setzt ein kostspieliges Instrumentarium und sehr große Geschicklichkeit und Vorsicht voraus. Dagegen dürfte die Röntgen-Durchleuchtung berufen sein, die Differentialdiagnose wenigstens zwischen Cholelithiasis und einem ulzerösen Magenprozeß zu erleichtern. Durch Tierexperimente wurde nämlich festgestellt, daß man auf ein künstlich erzeugtes Ulkus aufgebrachtes Wismut noch nach 24, ja 30 Stunden nachweisen kann, da die buchtenreiche, mit Transsudat bedeckte Geschwürfläche das Wismut festhält. Zum Nachweis beim Menschen erhält derselbe nüchtern ein Glas warmen Wassers mit einem gehäuften Teelöffel Wismut. Nachher muß er sich $^1/_2$ Stunde auf den Rücken legen, eventuell bei Resultatlosigkeit der Untersuchung bei einer neuen Untersuchung (aber nicht am folgenden Tage!) auf den Leib, bezw. die rechte oder linke Seite. Bei kleinen Mägen macht meist das Wismut den ganzen Magen sichtbar, aber ein geübtes Auge entdeckt da schon die dunklere Geschwürsfläche; nach 3—6 Stunden ist, vorausgesetzt, daß keine Nahrung gereicht wird, der übrige Magen frei und nur das Geschwür hält sein Wismut 24—36 Stunden lang. Die Wismutlösung muß konzentriert sein und die richtige Lage möglichst lange, eingehalten werden. Der Schatten des Wismuts ist nicht sehr intensiv, und wenn das Geschwür unter einer Rippe liegt, wird es schwer zu entdecken sein; dagegen bildet die Leber kein Hindernis. Eine Differentialdiagnose gegen karzinomatöses Ulkus gibt die Methode nicht; hier müssen die anderen Untersuchungsbefunde die Entscheidung bringen. — (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. 12, H. 5.)

3. Barnabò hat alle Fälle von Sanduhrmagen von 1719—1903 (244 Literaturangaben!) zusammengetragen und im ganzen 235 Fälle gefunden. Von diesen waren 27·11% als angeboren und 63·55% als erworben zu betrachten; von 9·33% war nichts über die Aetiologie zu ermitteln. Von den erworbenen Formen beruhten 88 (gleich 59·44%) auf Ulkus, 1 auf Verätzung, sechs auf malignen Tumoren, 2 auf Spasmus, 32 (= 18·18%) auf perigastrischen Prozessen, 4 auf Wandermilz oder Enteroptose, 19 auf nicht genauer bekannten Prozessen. 12 Männer stehen 62 Frauen gegenüber; von 155 war das Geschlecht nicht erwähnt. Die erworbenen Formen sind also weit häufiger; doch geht es nicht an, die angeborene Varietät zu leugnen: letztere ist als Atavismus, als Zurückkom-



men auf Verhältnisse, wie sie bei niederen Säugetieren vorkommen, anzusehen. — (Il Policlinico Sez. chir. Nr. 8—11, 1906.)

4. Bei einer fondroyanten Blutung aus einem Ulcus ventriculi hat Hirschel durch Exzision des Ulkus Heilung erzielt. Der Patient war vollkommen pulslos eingeliefert worden, bei der Heftigkeit der Blutung und dem Zustand des Patienten war nur etwas zu hoffen, wenn es gelang, die Quelle der Blutung zu verstopfen. Von dieser Ueberlegung aus hat Vf. die Gastrotomie vorgenommen, er konnte das an der kleinen Kurvatur liegende Ulkus sofort fühlen und exzidierte es nach entsprechender Ligatur des kleinen Netzes. Späterhin wurde dann noch bei dem Kranken, da Stenosenbeschwerden auftraten, mit gutem Erfolge die Gastroenterostomia rectrocolica vorgenommen. In der Mittel des Ulkus fand man das stricknadelgroße klaffende Lumen der Arterie, aus der die Blutung erfolgt war.

Im allgemeinen wird die Gastroenterostomie die dominierende Operation beim Ulcus ventriculi bleiben; nur bei chronischem kallösem Ulkus, das schon karzinomverdächtig ist und bei schwersten Blutungen, bei denen die Gastroenterostomie von vornherein eine Rettung ausschließt, wird man zur Resektion greifen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 4, 1907.)

B. Magenkrebs etc.:

5. **Zur Diagnose des Magenkarzinoms.** Von L. Kuttner. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Die Salomonsche Probe bei der Diagnose des Magenkarzinoms.** Von Salvatore Diez. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Die Schwellung der Supraklavikulardrüsen bei abdominellen Karzinomen.** Von W. Schellschmidt. Ref. Fritz Loeb, München.
8. **Zur Frage der chirurgischen Behandlung nicht krebsiger Magenleiden. Gastroenterostomie oder Pyloroplastik plus Gastropexie.** Von Dr. Gelpke. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
9. **Die medizinische Behandlung maligner Magenerkrankungen.** Von Max Einhorn. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

5. Zur Verbesserung der Operationserfolge ist frühe Diagnose des Magenkarzinoms unbedingt nötig. Verdacht auf ein beginnendes Neoplasma hat es zunächst zu erregen, wenn ein jeder Behandlung trotzendes Magenleiden bei einem Menschen auftritt, der 50—60 Jahre lang einen guten Magen hatte. Oft treten die Beschwerden so plötzlich auf, daß der Patient den Beginn seines Leidens von einem ganz bestimmten Diätfehler herdatiert. Oft genug allerdings entwickelt sich die Krankheit ganz schleichend unter allgemein dyspeptischen Beschwerden, die aber von vornherein von einem Karzinom herrühren; denn Uebergang eines gewöhnlichen Magenkatarrhs in Karzinom kommt kaum je vor. — Ein weiteres Verdachtsmoment ist progrediente Verschlechterung des Appetits, besonders gegen Fleisch; umgekehrt allerdings spricht guter Appetit nicht gegen Karzinom. Das Alter des Patienten spielt für die Diagnose nicht die Rolle, die man ihm früher zuschrieb. Als Hilfsmomente für die Diagnose kommen noch in Betracht: Heredität (Ewald fand sie in 6·7% von 178 Fällen), altes Ulkus und Trauma. Wichtig ist der Einfluß des Tumors auf den allgemeinen Ernährungszustand; doch kommen Fälle vor, wo die Kachexie bis zuletzt fehlt. Hartnäckiges Hautjucken tritt oft sehr früh in Erscheinung, während die Leserschen Hautangiome nur dann in Betracht kommen, wenn sie sich in größerer Anzahl erst kurz vor den schweren Symptomen rasch gebildet haben. Die Schwellung der linken Supraklavikulardrüsen ist nur selten als Frühsymptom zu erwarten. Beachtung verdient das zuweilen vorhandene übelriechende, faulige Aufstoßen; auch am Magenschlauch findet man öfter einen fötiden Geruch; man versäume daher nie, nach dem Herausziehen an ihm zu riechen. Schmerz, Erbrechen und Darmsymptome haben nur geringe diagnostische Bedeutung.

Das Versiegen der Salzsäureproduktion ist kein spezifisches Zeichen des Magenkrebses; ebensowenig zeigen die Karzinome des Magens ein einheitliches Verhalten in der Bildung von Milchsäure; doch rechtfertigt konstanter Befund von Gärungsmilchsäure in hohem Grade den Verdacht auf Karzinom. Dem Verhalten

der Fermente kommt nur geringe Bedeutung zu, wenigstens für die Diagnose Karzinom, eher für die Diagnose des Sitzes eines diagnostizierten Tumors (Glässner). Sind Lab und Pepsin gleich stark vermindert, so werden wir einen Fundustumor, ist das Lab im Gegensatz zum Pepsin gut erhalten, einen Pylorustumor anzunehmen haben. Diagnostisch wenig bedeutungsvoll ist die Tryptophanreaktion. Wichtig dagegen ist die Prüfung der Motilität, die meist, wenn auch nicht immer, bei Karzinom leidet; zur Feststellung der Störung ist aber nötig, nach einem reichlichen Probeabendessen den Magen nüchtern zu untersuchen. Bei dieser Untersuchung wird auch oft der für die Karzinomdiagnose ungemein wichtige Befund von Blut und Eiter oder von Eiter allein oder von Eiter und Schleim erhoben. Speziell spielt der Nachweis von „okkultem" Blut in Mageninhalt und Fäzes eine große Rolle. Für die Karzinomdiagnose ist er nur dann zu verwerten, wenn Achlorhydrie vorhanden ist; er ist außerdem nur dann von Wichtigkeit, wenn er bei fleischfreier Kost wiederholt oder gar konstant erhoben wird. Fehlen bei fehlender HCl und guter Motilität okkulte Blutungen konstant, so spricht dies mit großer Wahrscheinlichkeit gegen Magenkarzinom.

Geschwulstpartikelchen im Mageninhalt, besonders in Blutgerinnseln, findet man an sich selten, und wenn ja, gehören sie kaum je einem beginnenden Tumor an. Protozoen im Mageninhalt, die nach Cohnheim relativ früh auftreten sollen, hat Kuttner nie beobachtet. Die diagnostische Bedeutung der Opplerschen Bazillen deckt sich mit der der Milchsäure.

Die Urinuntersuchung bietet wenig Anhaltspunkte. Albuminurie ist recht häufig (nach Fr. Müller in 35·5—50%). Die Hoffnung Rosenfelds, in der Ausscheidung der flüchtigen Fettsäuren ein Hilfsmittel zur Frühdiagnose zu bekommen, hat sich nicht erfüllt. Auch das Blut bietet nichts Charakteristisches.

Die Karzinome mit gut erhaltener motorischer Funktion, Fehlen freier HCl und Milchsäure sind schwer von einfachen Katarrhen und Achylien zu unterscheiden, wenn kein Tumor palpabel ist. Zur Aufklärung dieser Fälle haben alle erwähnten Methoden (Blutnachweis, Suchen nach Eiter, Geschwulstpartikelchen, Amöben im nüchternen Magen), sowie die Salomonsche Methode, d. h. der Nachweis von eiweißhaltiger Flüssigkeit im nüchternen Magen in Anwendung zu kommen. Letztere Methode ist relativ brauchbar. Wiederholt hat Kuttner auch ein linksseitiges Pleuraexsudat bei derartigen Karzinomen gefunden.

Ist eine hochgradige Stagnation bei Fehlen von freier HCl sowie Milchsäuregärung vorhanden, so ist die Diagnose meist leicht; anders dagegen, wenn freie HCl vorhanden ist. Hier kommt die schwierige Differentialdiagnose gegen eine gutartige Pylorusstenose in Betracht. Sehr häufig ja geht ein chronisches Ulkus in ein Karzinom über, ohne daß greifbare Symptome dafür vorhanden zu sein brauchen. Und umgekehrt, fühlt man einen Tumor, so braucht dies kein Karzinom zu sein, da auch Ulzera nicht selten zu fühlbaren Tumoren führen. Zur Feststellung des beginnenden Ueberganges eines Ulkus in ein Karzinom schlägt Gluzinski vor, dreimal an einen Tag (nüchtern, nach Probefrühstück und Probemahlzeit) zu untersuchen; fehlt einmal freie HCl oder ist sie ganz schwach, während sie zweimal reichlich vorhanden ist, so spricht dies für einen beginnenden schleimigen Katarrh, der beim reinen gutartigen Ulkus nicht vorkommen soll. Die Methode ist aber jedenfalls nicht geeignet, die sichere Differentialdiagnose zu ermöglichen; eine andere gibt es noch nicht. Oft läßt sogar die Autopsia in vivo, ja sogar die mikroskopische Untersuchung herausgeschnittener Tumorstücke im Stich.

Die Gastroskopie wird vielleicht in Zukunft uns weiter führen; die Kellingschen Serumuntersuchungen konnten von Fuld nicht bestätigt werden. Aussichtsvoller erscheint die Anwendung der Röntgen-Durchleuchtung zu sein; doch vermag sie uns bis jetzt wenigstens auch noch nicht wesentlich Neues für die Frühdiagnose zu sagen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25 u. 26, 1906.)

6. D i e z hat die S a l o m o n sche Probe in sechs Fällen sicheren Magenkarzinoms versucht und dreimal ein negatives, zweimal ein positives und einmal nach mehreren negativen Versuchen ein positives Resultat erhalten. Im letzten Falle wurde die Probe positiv, als eine Hämatemese eingetreten war; ebenso zeigten die beiden anderen positiven Fälle deutliche Zeichen der Ulzeration (Hämatemese, Blut in den Fäzes), während sie in den drei anderen Fällen vermißt wurden. D i e z hält daher die S a l o m o n sche Probe lediglich für ein Zeichen der Ulzeration und ihren Wert bei der Karzinomdiagnose für einen beschränkten, wenn sie auch stets neben anderen diagnostischen Hilfsmitteln zur Anwendung kommen sollte. — (Gazz. degli ospedali, 7. Okt. 1906.)

7. Wenn auch das Symptom der supraklavikulären Drüsenschwellung für eine Frühdiagnose eines abdominellen Karzinoms nicht verwertet werden kann, wenn es auch ein Spätsymptom ist, dessen Erkennung keinen Einfluß mehr auf Heilung ausübt, so wird es nach den gemachten Beobachtungen immerhin einen Wert als Hilfsmittel für die Diagnose an sich behalten müssen, natürlich unter Berücksichtigung aller anderen Symptome; denn auch die anderen diagnostischen Hilfsmittel lassen bei den Karzinomen der Unterleibsorgane mitunter im Stich oder ermöglichen auch erst in einem weit vorgerückten Stadium die sichere Diagnose. Die Schwellung ist fast immer durch Metastase bedingt, nur selten rein entzündlicher Natur. Die Drüsenschwellungen können auch bei Skrofulose, bezw. Tuberkulose, Syphilis, Leukämie und bei bösartigen Tumoren des Mediastinums und der Lunge vorkommen. Sie treten gewöhnlich im vorgerückten Stadium eines abdominellen Karzinoms auf, wenn bereits mehrere Organe, vor allem die Leber, ergriffen sind. Ihr Auftreten kontraindiziert eine Operation (vielleicht mit Ausnahme der Kardiakarzinome). Der Magen kann bei vorhandenen Supraklavikulardrüsen völlig intakt sein. — (Diss. Leipzig 1905.)

8. G e l p k e zieht bei gutartigen Magenleiden die Pyloroplastik, d. h. die Gastroduodenostomie der Gastroenterostomie vor. Erstere schafft natürliche Verhältnisse, ist technisch leichter und hat eine niedrigere Mortalität. Kontraindikationen bieten maligne Stenosen des Pylorus, ausgedehnte Verwachsungen und starke callöse Verdickung des Pförtnerteiles. G e l p k e verbindet mit der Pyloroplastik die Gastropexie, indem er ungefähr die Mitte der vorderen Magenwand parallel der großen Kurvatur direkt an den unteren Rippenbogen oder an die vordere Bauchwand in der Nähe des Rippenbogens heftet. Die Gastropexie ist ein ungefährlicher Eingriff, stört nicht die Peristaltik des Magens. G e l p k e verfügt über neun Fälle mit gutem Resultat. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 80, H. 4.)

9. Ist eine inoperable Magenerkrankung diagnostiziert, so sollte man in jedem Falle an die Möglichkeit einer luetischen Affektion denken und in geeigneten Fällen eine spezifische Behandlung einleiten. E i n h o r n verfügt über eine Reihe von Fällen, in denen eine solche Therapie den anscheinend verlorenen Patienten rettete. Ist die maligne Erkrankung sichergestellt, so ist die erste Sorge, daß der Patient die unheilvolle Diagnose nicht erfährt: die Angehörigen sollen sie wissen, der Patient niemals; man mag ihm von einer „entzündlichen Verdickung" sprechen. Wichtig ist ferner die möglichste Freihaltung von Schmerzen, sowie eine geeignete Diät. Viele Krebskranke kommen nicht ihres Tumors wegen, sondern wegen ungeeigneter Nahrung so herunter. In Fällen hochgradiger Kardiastenose wird man ja nicht weit kommen, bei Pylorusverschluß eventuell zu einer Palliativoperation seine Zuflucht nehmen müssen; sonst aber wird man recht oft durch Zufuhr leichtverdaulicher, aber kalorienreicher Nahrung Gewichtsabnahme verhindern, ja Gewichtszunahme erzielen können. Medikamentös kommt in Betracht Condurangofluidextrakt, dreimal täglich 15—20 Tropfen sowie Chloralhydrat in 3%iger Lösung drei- bis viermal täglich 1 Eßlöffel. Vf. versuchte auf E h r l i c h s Veranlassung auch Methylenblau innerlich und erzielte in einem Falle von Uteruskarzinom einen günstigen Palliativerfolg. Günstig urteilt auch ein anderer amerikanischer Arzt

(A. Jacobi, J. Am. Med. Assoc., 10. November 1906) über diese Medikation; er gibt es zu $^1/_4$ g in Kapseln nach dem Nachtessen. Röntgen-Strahlen hat Vf. in 6—7 Fällen verwendet, meist ohne Erfolg, einmal sogar mit Verschlimmerung, nur einmal mit anscheinend etwas Nutzen; Magen- und Oesophaguskarzinome liegen eben zu verborgen. Radium dagegen, $^1/_2$—1 Stunde täglich verwendet, vermochte in zirka drei Viertel der Fälle von Oesophagusstenose dieselbe wesentlich zu erweitern. — (The Postgraduate, Dezember 1906.)

C. Sekretionsstörungen:

10. Ueber die Behandlung der Hyperazidität. Von J. Boas, Berlin. Ref. F. Perutz, München.

11. Hyperazidität und Magenbeschwerden. Von J. D. Steele. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

12. Die Spätschmerzen der Magenkranken. Von Meunier. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

13. Zur Kenntnis der Achylie des Magens. Von H. Leo, Bonn. Ref. Perutz, München.

14. Achylia gastrica. Von Franklin W. White. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

15. Die Diagnose des chronischen Magenkatarrhs. Von P. Schilling, Leipzig. Ref. F. Perutz, München.

10. Die Hyperazidität — besser Hyperchlorhydrie — kann durch Störungen der Motilität (abnome Wierstände am Pylorus), durch neurogene und funtionelle Störung der Magensaftabscheidung bedingt sein. Findet sich neben der gesteigerten Salzsäuremenge auch ein erheblicher Schleimgehalt, so dürfen wir eine Gastritis acida annehmen. Nach Boas Ansicht sind drei Viertel aller von ihm behandelter Fälle als Anfangsstadien solcher chronischer Magenkatarrhe anzusehen. Alkohol-, Nikotin- und Gewürzabusus geben meist die Ursache ab. Damit ist zugleich die Richtung der Prophylaxe vorgezeichnet. Die Behandlung des ausgebildeten Zustands ist in erster Linie eine diätetische und auf folgenden Grundsätzen aufzubauen: Einschränkung der animalischen, speziell der Fleischnahrung, wegen ihrer safttreibenden Wirkung, Steigerung der Kohlehydrate in leicht assimilierbarer Form, reichliche Darreichung von Fetten, mit Berücksichtigung auf ihre sekretionshemmenden Eigenschaften. Doch ist vor einem Zuviel, wie es manchmal in den jetzt beliebten Oel- und Sahnenkuren zutage tritt, zu warnen. Im Speziellen ist als Schonungsmittel par excellence die Milch zu nennen und sollen schwerere Fälle, wo gleichzeitig die Möglichkeit geschwüriger Prozesse vorhanden ist, am besten mit einer mehrwöchentlichen Milchkur behandelt werden. Bei der Zubereitung der Speisen sind scharfe Gewürze zu meiden. Von den Säuren sind besonders Essigsäure, Obst- und Weinsäure (Moselwein) schädlich, während Milch- und Buttersäure, wie sie sich in der sauren Milch, in saurer Sahne, Buttermilch finden, gut vertragen werden. Ebenso wird reiner Zucker beschwerdefrei vertragen und wirkt sogar säuretilgend, während süße Gebäcke rasch Sodbrennen herbeiführen. Von den Getränken rufen guter Bordeaux und rote Rheinweine keine Beschwerden hervor. Kaffee ist streng zu verbieten, Tee und Kakao wird meist vertragen. Der Tabakgenuß ist einzuschränken oder ganz zu verbieten. Von Mineralwässern ist Fachinger, Vichy, Biliner etc. in kleinen Portionen zu empfehlen, nüchtern und zu den Mahlzeiten. Von Alkalien empfiehlt Boas vor allem das von ihm eingeführte Magnes. ammon. phosphoric., ferner Magnesia usta event. zusammen mit Natr. citric. Bei Neigung zu Darrhöen kommt kohlensaurer oder phosphorsaurer Kalk, eventuell mit Wismut kombiniert, in Anwendung. Die Alkalien sollen erst auf der Höhe der Verdauung 2—3 Stunden nach der Nahrungsaufnahme gereicht werden. Einen guten Ruf genießen auch Mineralkuren in Karlsbad oder Neuenahr. Direkt sekretionsbeschränkend wirken schließlich Atropin auch in Form von Extr. Bellad. Scopolamin, endlich das Eumydrin. Es ist in Dosen von 0·001—0·004 drei- bis viermal täglich in Form von Lösungen, Pillen, Pulvern anzuwenden und verdient wegen Mangels toxischer Nebenerscheinungen den Vorzug vor dem Atropin und seinen anderen Derivaten. — (Ther. Monatsh., Mai 1906.)

11. Immer mehr bricht sich die Ansicht Bahn, daß die sogenannten Hyperaziditäts-



beschwerden, vielmehr Hyperästhesiebeschwerden, von einer überempfindlichen Mukosa aus sind. In 16 von 30 Fällen Steeles war die Ursache der Schmerzen motorische Insuffizienz und Hypersekretion; in 14 Fällen ließ sich keine weitere Ursache nachweisen, nur bestand in allen diesen Fällen Uebermüdung oder allgemeine nervöse Abspannung. In solchen Fällen bestanden Schmerzen bei relativ niedrigen Säuregraden, während sogar hohe Säurewerte unter anderen Bedingungen keine Beschwerden machten. Es handelt sich also um die lokale Manifestation einer allgemeinen nervösen Depression. Die geeignete Kost ist eine nicht reizende, gemischte; daneben sind Sedativa und die Säure vermindernde Mittel am Platz. Gute Erfolge sieht man auch von steigenden Dosen Strychnin. — (Journ. Am. Med. Assoc., 18. Aug. 1906.)

12. Häufig treten bei Magenleiden Schmerzen nicht bald nach der Nahrungsaufnahme, sondern zirka 2—4 Stunden später auf. Diese Schmerzen werden gewöhnlich auf eine Hyperchlorhydrie bezogen, indem man annimmt, daß gleich nach der Nahrungsaufnahme die im Ueberschuß abgesonderte Salzsäure durch die Nahrung gebunden wird, später jedoch kein Material zur Bindung mehr vorfindet und als freie Säure die Magenschleimhaut reizt. Meunier glaubt nicht an diesen Entstehungsmodus der Schmerzen. Er fand unter 16 Patienten mit Spätschmerzen allerdings zehn mit Hyperchlorhydrie, aber auch vier mit Hypo-, bezw. Achlorhydrie und zwei mit Magenkrebs. Weiter aber konnte er feststellen, daß die Patienten 1½ Stunden nach der Mahlzeit eine höhere Gesamtazidität und freie HCl aufwiesen als drei Stunden nach der Mahlzeit. — Das Schmerzmaximum war also zu einer Zeit vorhanden, wo die Azidität stark herabging. Nichtsdestoweniger unterliegt es keinem Zweifel, daß die Alkalien auf jene Schmerzen spezifisch wirken. Die Ursache ist die Entwicklung von CO_2, die auf den Magen günstig einwirkt. Die Säureneutralisation, die das doppeltkohlensaure Natron bei der Kohlensäureentwicklung vornimmt, ist eher eine unerwünschte Nebenwirkung; denn die Verdauung im Magen wird dadurch beeinträchtigt und der Reiz für die Pankreassekretion vermindert; deshalb versuchte Vf. die Schmerzen mit Kohlensäure selbst in statu nascendi zu bekämpfen. Er gibt zwei Pulver: eines von 1 g Weinsteinsäure, das andere eine Mischung von Natr. bicarb. 0·4, Calc. carbon. 0·3, Magnes. bicarb. 0·2. Beide Pulver werden in je einem Wasserglas gelöst und bei den Schmerzen genommen. Beide neutralisieren sich genau; bei der verschiedenen Löslichkeit der drei Karbonate entwickelt sich die CO_2 sehr langsam. Bei den gleichen Kranken wirkte diese Medikation, bei der von einer Neutralisierung keine Rede sein konnte, viel intensiver, als wenn Alkali gegeben wurde. Wie wirkt nun aber die Kohlensäure? Vergleichende Untersuchungen lehren, daß die Sekretion kaum beeinflußt wird, daß dagegen die Entleerung des Magens wesentlich beschleunigt wurde. Und mit dieser schnelleren Entleerung scheint auch die schmerzstillende Wirkung der CO_2 im Zusammenhang zu stehen. — (Presse médicale Nr. 79, 1906.)

13. Die Achylie ist nach Leos Ansicht häufiger als die Hyperchlorhydrie. Sie macht zuweilen wenig Erscheinungen und wird erst durch die Ausheberung des Magens festgestellt. Die von Sahli angegebene Desmoidprobe liefert keine eindeutigen Ergebnisse. Auch in Fällen, wo freie Salzsäure im Magensaft fehlt, kann sie positiv ausfallen. Ein absolutes Fehlen von Salzsäure und Fermenten dürfte allerdings auch nur in den seltensten Fällen vorkommen, dagegen spricht u. a. die Fermentausscheidung durch den Urin, die sich auch bei Achylie nachweisen läßt. Gegenüber Einhorn und Martins hält Vf. an der Auffassung fest, daß der Achylie chronische gastritische Prozesse zugrunde liegen, die nicht immer zur Atrophie führen brauchen, sondern sich auch bessern können. Von den Symptomen sind hervorzuheben die Schmerzen, die manchmal anfallsweise nach dem Essen auftreten und ganz den Schmerzen durch Uebersäuerung gleichen. In anderen Fällen treten subjektive Erscheinungen vonseiten des Magens in den Hintergrund, dafür kommt es



zu anfallsweisen Diarrhöen; es können Diarrhöen mit Verstopfung wechseln oder es besteht lediglich eine sehr hartnäckige, über Jahre sich erstreckende Obstipation. Das von Schmidt empfohlene Regulin tut hier gute Dienste, augenscheinlich durch die Eigenschaft des Agar, den Kot durch Wasserretention schlüpfriger zu machen. Es muß längere Zeit regelmäßig genommen werden. Die Magenschmerzen und sonstige dyspeptische Beschwerden bei Achylie werden durch Pepsinsalzsäure oft am besten beeinflußt. Vf. verordnet sie nach folgender Formel: Acid. mur. dil. 10·0, Pepsin sicc. 10·0, Aq. dest. aa 50·0 M. D. S. Zu jeder Mahlzeit 1 Teelöffel auf 1 Weinglas Wasser. Von Pankreatin hat Vf. keine Einwirkung gesehen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 27, 1906.)

14. Bei der Behandlung der Achylia gastrica kommen neben der Allgemeinbehandlung drei Indikationen in Frage: 1. Die Sekretion von Magensaft anzuregen, 2. ihr Ausbleiben, besonders in Fällen, wo das Pankreas nicht alle Arbeit leisten kann, auszugleichen durch künstliche Verdauung, 3. die motorische Funktion des Magens intakt zu erhalten und Rückstände, die sich zersetzen könnten, zu vermeiden. Am wenigsten wichtig ist die erste Indikation, und wenn Fälle berichtet sind, in denen nach längerer Zeit wieder normale Sekretion eingetreten ist, so ist nichts weniger als erwiesen, daß die Behandlung daran schuld ist. Man gibt zu diesem Zweck Salzsäure, Bittermittel, stimulierende Nahrung, Magendusche und Elektrizität. Die Salzsäure ist in den Dosen, in denen sie gegeben wird, als nutzlos zu betrachten, sowohl in Hinsicht auf Verdauung, wie auf Antisepsis, wie auf Anregung der Magenmortalität oder der Pankreassekretion; Whites Patienten sind stets ohne sie ausgekommen. Sind Anzeichen der Pankreasinsuffizienz da, so richte man die Diät darauf ein oder gebe Pankreasextrakte, besonders Pankreatin; aber man gebe niemals ein derartiges Mittel, ohne daß Verdauungsstörungen vorhanden sind. Bei der Auswahl der Nahrung nehme man hauptsächlich Rücksicht auf die motorische Funktion; man gebe alles möglichst fein verteilt, so Gemüsepürees, gehacktes Fleisch, Bouillon etc. Butter ist sehr zu empfehlen. Besonders zu meiden ist ungekochtes Bindegewebe, das de norma nur durch die Salzsäure des Magens verdaut werden kann. Man gebe dem Kranken also kein rohes, halbrohes oder geräuchertes Fleisch, und wird damit eine Hauptquelle für Durchfälle verstopfen. — (Boston Med. and Surg. Journal, 8. Nov. 1906.)

15. Nach einer Kritik der verschiedenen Methoden des Schleimnachweises im Mageninhalt, die darauf abzielen, den verschluckten Schleim von dem im Magen gebildeten zu unterscheiden, schildert Schilling das von ihm geübte Verfahren. Er preßt den ausgeheberten Brei in eine Schale, wobei er auf Zähflüssigkeit achtet, setzt darauf Wasser hinzu und fährt mit einer gekrümmten Nadel durch die Masse. Es bleiben dabei Schleimfetzen und Fäden an der Nadel hängen, andere flottieren im Wasser. Der Nachweis von Schleim ist unerläßlich für die Diagnose Magenkatarrh. Abgesehen von der Gastritis acida, bei der sich eine Vermehrung der Salzsäure zugleich mit Schleimvermehrung findet, vermindert sich meist mit der Zunahme des Schleims die Menge der Salzsäure. Der Behauptung, daß das klinische Bild der Gastritis sich eng an den pathologisch-anatomischen Befund anschließt, muß Ref. widersprechen. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 24, 1906.)

D. Pylorospasmus:

16. Beitrag zur Behandlung der Pylorusverengerung im Säuglingsalter durch künstliche Ernährung. Von Jakob Schitomirsky. Ref. Fritz Loeb, München.

17. Ueber Pylorospasmus. Von Heubner, Berlin. Ref. Einstein, Stuttgart.

16. Die Arbeit von Schitomirsky verdient an dieser Stelle deshalb angeführt zu werden, weil sie die genauen instruktiven Krankengeschichten zweier Fälle enthält und weil sie eine Reihe wichtiger therapeutischer Fingerzeige gibt. Das rein Kasuistische der Arbeit kann hier nicht berücksichtigt werden. Als wesentlich sei hervorgehoben, daß nach den zahlenmäßig belegten Erfahrungen des Vfs. die Frauenmilch als Heilmittel bei

Pylorospasmus entschieden versagt. Besonders in dem ersten Falle zwangen das kontinuierliche Erbrechen, die fortdauernde Stuhlverstopfung und die immer mehr zunehmende Atrophie, von der Ernährung mit Frauenmilch vollkommen Abstand zu nehmen. Der Uebergang von der Frauenmilch zur Ernährung mit Biederts Rahmgemenge war der Wendepunkt der ganzen Krankheit. Das Körpergewicht fiel zwar noch in den beiden ersten Wochen, doch nahmen die Symptome an Intensität und Häufigkeit ab, das Erbrechen verringerte sich und schon am vierten Tage nach dem vollen Abbruch mit der natürlichen Ernährung und der Einführung des Biedertschen Rahmgemenges als einzige Nahrung erfolgte spontaner Stuhl. Bald darauf hob sich auch steigend das Körpergewicht. Unter kleinen Abweichungen trat das Gleiche auch beim zweiten Fall ein. Das Erbrechen, das schon gleich nach der Geburt des Patienten vorhanden war, verlor gleich nach der Einführung dieser künstlichen Ernährung an seiner Häufigkeit, trat dann nur noch vereinzelt auf und hörte allmählich ganz auf. Die Verstopfung schwand zwar später als das Erbrechen, ließ sich aber durch Klysmata etc. gut regulieren. Das Gewicht nahm immer mehr zu, die Antiperistaltik und die Schmerzanfälle schwanden, es trat volle Rekonvaleszenz ein. Das Rahmgemenge ist anfangs in kleinen Mengen zu reichen, allmählich werden Menge und Konzentration gesteigert. Die Fälle des Vfs. lehren nachdrücklich, daß mit dem chirurgischen Eingriff so lange als möglich gewartet werden und nur in den Fällen dazu gegriffen werden soll, wo es sich zweifelsohne um eine angeborene organische oder absolute Stenose handelt. — (Diss. Berlin 1906.)

17. Nach Heubner ist die sogenannte angeborene „Pylorusstenose" eine Krankheit von rein spastischer Natur, also ein Pyloro- oder vielmehr Gastrospasmus. Muskelhypertrophie und Stenose können sekundär hinzukommen. Die Krankheit ist angeboren, wenn sie auch öfters erst einige Zeit nach der Geburt in Erscheinung tritt. Entsprechend der nervösen Ursache des Leidens ist der erste Grundsatz der Behandlung eine absolute Schonung des Magens. Heubner läßt die Kinder möglichst selten trinken, aber dann so viel als sie wollen. Muttermilch ist die beste Nahrung als die natürlichste. Heiße Breiumschläge und Atropin wirken krampfstillend. Vor Magenspülungen ist zu warnen. Die Operation ist in Anbetracht der schlechten Resultate etwa bis zum Ende des dritten Monats hinauszuschieben.

In der anschließenden Diskussion kommen gegenteilige Meinungen zum Ausdruck: einige Redner nehmen eine Hypertrophie der Muskulatur für alle oder doch für einen Teil der Fälle als das Primäre an. Vielleicht spielt abnorme mesenteriale Aufhängung eine Rolle. Zur Behandlung werden empfohlen: gelabte Milch, fettarme Milch, kleine Mahlzeiten, kalte, krampflösende Magenspülungen. — (Verh. d. Ges. f. Kinderheilk., 78. Vers. d. Naturf. u. Aerzte, Stuttgart 1906.)

E. Therapie der Magenkrankheiten:

18. Ueber die Behandlung der Magen-Darmerkrankungen mit Kohlensäuremassage. Von W. N. Clemm. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

19. Ueber erfolglose Mineralwassertrinkkuren bei Magenkrankheiten. Von E. Agéron, Hamburg. Ref. F. Perutz, München.

20. Beitrag zur arzneilichen Behandlung der Krankheiten des Magens und des Darmsystems. Von M. Farkas. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

21. Die therapeutische Wirkung des Extractum Chinae Nanning. Von K. Ganz. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

22. Behandlung der gastrischen Hysterie. Von A. Mathieu und J. Ch. Roux. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

23. Solaneen und Traubenzucker in der Behandlung der Hyperchlorhydrie. Von R. Rebizzi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

24. Das Menthol bei Magenaffektionen. Von L. Amblard. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

18. Die Kohlensäure, die von Clemm als Unterstützungsmittel der Massage benützt wird, wirkt dabei vernichtend auf Krankheitskeime, erweiternd auf die Blutgefäße, anregend auf die Nervenendigungen; in Verbindung mit der Massage

wirkt sie muskelkräftigend auf die betreffenden Organe. Daß eine Massage des Magens ohne Einführung von Luft oder Gas in die Magenhöhle bisher wenig befriedigende Ergebnisse erzielte, ist ohneweiteres verständlich, da das Organ der massierenden Hand ausweicht. Von Magenkrankheiten, die sich besonders für Kohlensäuremassage eignen, sind zu nennen: schlaffe Senkungen, Erweiterungen, narbige Zerrungen oder Schnürungen, herabgesetzte oder erloschene muskuläre Energie des Organs, Herabsetzung, bezw. Erlöschen der Saftabscheidung, anderseits auch manche Fälle von Magensaftfluß oder Uebersäure und Magenentzündungen. Ferner glaubt Clemm in der Methode in Verbindung mit einem Heftpflastergürtel (das von ihm erfundene „Enterophor") ein Vorbeugungsmittel für die Seekrankheit gefunden zu haben. Von Erkrankungen des Dickdarmes sind die Blähsucht, Erschlaffung und Senkung, Krampfzustände, Katarrhe und Entzündungen, Schleimkolik, Mastdarmentzündung, Blutruhr, tuberkulöse und andere Geschwüre oft sehr rasch und vollständig zu heilen; Clemm empfiehlt die Methode sogar zur Typhusbehandlung und sehr vorsichtig zu der der Appendicitis. Mastdarmfisteln gelangen zur operationslosen Ausheilung.

Die Kohlensäure wird aus dem Generator durch den Magenschlauch direkt in das betreffende Hohlorgan geleitet. Der Patient selbst signalisiert die beginnende Blähung, oder der Arzt bemerkt sie durch Hand oder Auge. Jetzt wird die Gaszufuhr abgesperrt und das Organ durch Streichen massiert; die Striche gehen beim Magen gegen die Kardia, beim Dickdarm gegen das Rektum. Gaszufuhr wie Massagenstärke werden von 10—15 Minuten langsam gesteigert und öfter wiederholt; man beginnt mit zwei bis drei Kohlensäuremassagen und steigt bis vier bis fünf per Sitzung an. Der Generator wird so eingerichtet, daß es möglich ist, die Säure auf das Karbonat in ganz kleinen Mengen einwirken zu lassen und die Kohlensäure trocken in das Organ hereinzubringen.

Die Methode ist einfacher als die von Tabora aus der Riegelschen Klinik angegebene Massage nach Lufteinblasung und hat ihr gegenüber auch noch den Vorteil der eingangs beschriebenen Wirkungen der Kohlensäure. — (Medico-technisches Journ. Nr. 19, 1906.)

19. Bei der Atonie ist der reflektorisch erzeugte Spannungszustand der Magenwand, der die Ausübung eines entsprechenden Gegendruckes auf den Mageninhalt ermöglicht, herabgesetzt. Wird ein solcher Magen, wie es bei schematisch durchgeführten Trinkkuren geschieht, durch größere Flüssigkeitsmengen im nüchternen Zustand beim Umhergehen belastet, so wird er noch mehr gedehnt, und die Kranken fühlen sich nach einer solchen Kur häufig schlechter wie zuvor. Agéron fordert daher, in diesen Fällen die Festsetzung der zu trinkenden Wassermenge erst auf Grund der Prüfung des Magentonus vorzunehmen, indem man den Stand der großen Kurvatur nach Einnahme von 200 cm³ Wasser im Liegen und bei aufrechter Haltung ermittelt. Auch sollen die Patienten mit Atonien und Vergrößerungen nicht beim Promenieren, sondern in horizontaler oder noch besser in rechter Seitenlage ihren Brunnen trinken. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 40, 1906.)

20. Der Budapester Apotheker Rudolf Glück hat ein neues „Verdauungspulver" unter dem Namen Digestol in den Handel gebracht. Es besteht aus Natr. bicarb. 70·0, Magnes. bicarb. 20·0, Sacch. lact. 4·0, Natr. sulfur. 3·0, Phenolphthalein 3·0, Ol. citri einige Tropfen. Farkas hat das Mittel in 51 Fällen von Magen- oder Darmerkrankungen sowie von Appetitlosigkeit verschiedener Provenienz ausprobiert und kann es überall da empfehlen, wo wir die Entleerung erleichtern wollen, ohne daß wir Diarrhöe erreichen möchten, weiterhin bei all jenen Magenerkrankungen, welche mit überflüssiger Säurebildung einhergehen. — (Aerztl. Zentral-Ztg. Nr. 42, 1906.)

21. Ganz erklärt auf Grund seiner Beobachtungen, daß das Extractum Chinae Nanning (15—20 Tropfen dreimal täglich $^1/_2$—1 Stunde vor der Mahlzeit) durch seine appetitanregende und verdauungsbefördernde Wirkung auf organische Erkrankungen des Magens sowie bei

Dyspepsien mit nicht anatomischen Erkrankungen der Magenschleimhaut einen heilungsbefördernden Einfluß ausübt und gegenwärtig in seiner Wirkung beinahe von keinem Mittel übertroffen wird. — (Fortschr. d. Med. Nr. 28, 1906.)

22. Bei den gastrischen Manifestationen der Hysterie hängt, wie bei allen anderen Hysterieformen, alles davon ab, daß es gelingt, den krankhaft schwachen Willen des Kranken zu stärken. Mit kleinen Kunstmitteln, wie elektrischem Strom, Bestreichen mit Methylenblau gefärbtem Kollodium etc., wird man nur im Krankenhaus, wo der Arzt vor seinen Assistenten laut den Erfolg vorausverkünden kann, günstige Resultate erzielen, in der Privatpraxis nur dann, wenn die Suggestibilität besonders groß ist. Das beste Heilmittel ist, bei den Kranken eine heftige Erregung hervorzurufen: Sehnsucht, Furcht etc. Bei jugendlichen Kranken kommt man oft weit mit der Erregung der Furcht, mit Drohungen; z. B. genügt bei unstillbarem Erbrechen oft schon der Anblick der Magensonde, um es zum Stehen zu bringen. Bei Erwachsenen ist hier das souveräne Mittel die Isolierung. Der Kranke muß aber die Freiheitsberaubung direkt als Zwang empfinden; und der sofortige Effekt dieses Zwanges auf die Psyche kann als Anhaltspunkt für die Prognose dienen; bei Kranken, die weinen, ist sie viel besser zu stellen als bei solchen, die alles apathisch über sich ergehen lassen. Die Isolierung muß aber eine absolute sein; es gibt weder Besuche noch Briefe; Nachrichten über das Befinden der Angehörigen gehen durch die Schwester. Ein Endtermin für die Isolierung wird von vornherein nicht festgesetzt; der Kranke muß wissen, daß dieselbe nicht früher aufhört, als bis Heilung eingetreten ist. Der Arzt hat oft nachzusehen und kann dem Kranken ruhig den ganzen Stand der Dinge auseinandersetzen. Ist Besserung eingetreten, so lasse man Erleichterungen nur allmählich folgen, und stets solcher Art, daß sie leicht wieder entzogen werden können. Jede Androhung muß aber unweigerlich auch zur Ausführung gebracht werden. Auch nach der Entlassung muß dem Kranken stets das Schreckgespenst der Rückkehr in die Isolierung vorschweben. Einen Mißerfolg erlebt man bei dieser Behandlung nur in Fällen mit starker hereditärer Belastung und bei Degeneration. — (Gaz. des Hôp. Nr. 66, 1906.)

23. Von acht Patienten Rebizzis mit Hyperchlorhydrie, beziehungsweise Gastrosukorrhöe, erhielten fünf zur Behandlung Traubenzucker (200 bis 250 cm^3 einer 66%igen Lösung) und sieben Solaneenpräparate (teils als Atropin, teils als Tinct. Stramonii, Hyocyami, Belladonnae āā zweimal täglich 20 Tropfen). Die Glykose erzielte nur einmal einen vollen Erfolg; viel ausgesprochener und konstanter war der Erfolg der Atropinpräparate: nur in einem Falle blieb er fast aus, in zweien war er ziemlich gut, in vier ganz vorzüglich, sowohl quoad Säureproduktion wie Schmerzen. — (Gazz. degli osped., 19. Aug. 1906.)

24. Das Menthol ist nach Amblard ein vorzügliches Anästhetikum, das das Kokain teilweise zu ersetzen vermag, und dessen geringe Giftigkeit es besonders bei der inneren Darreichung zu einem wertvollen brauchbaren Mittel macht. Es wirkt besonders auf die Schmerzen, aber auch auf das Erbrechen; ferner sieht man nicht selten nach seinem Gebrauch eine Regelung der gesamten Magenverdauung; es mag sein, daß alle diese Folgezustände nicht nur eine Folge der anästhesierenden Wirkung auf die Nervenendigungen sind, sondern auch auf einer Kongestion der Mukosa beruhen; möglicherweise wirkt die von Huchard gegen Erbrechen empfohlene Jodtinktur ähnlich. Ganz besonders günstig wirkt das Menthol bei jenen Symptomen, die nicht auf einer organischen Magenläsion, sondern auf Innervationsstörungen beruhen, so bei Chlorose, bei der Dyspepsie der Phthisiker, der Neurastheniker. Mit gutem Erfolg wendet man es auch bei den gastrischen Krisen der Tabiker an; Vf. sah günstige Resultate bei Schwangerschaftserbrechen, wo alle anderen Versuche gescheitert waren. Bei Ulkus und Karzinom hat er das Mittel lange vermieden, aus Furcht, die Kongestion könne Hämorrhagien hervorrufen; doch haben vorsichtige Versuche gelehrt,

daß jene Sorge nicht zu Recht besteht. In einigen Fällen blutender Ulzera war auf der anderen Seite auch keine günstige Einwirkung weder auf Blutung noch auf Schmerzen festzustellen. Bei Karzinomen mit lebhaften Schmerzen und dyspeptischen Beschwerden erzielte Menthol häufig eine wesentliche Erleichterung. Weglassen des Mittels führt bisweilen zu Rückfällen, die jedoch der erneuten Darreichung rasch weichen. Man wird gewöhnlich mit kleinen Dosen 0·1 bis höchstens 0·2 pro die auskommen, und zwar gibt man es gewöhnlich in Einzeldosen von 0·02—0·05 mit Milchzucker und läßt ein kleines Glas Wasser nachtrinken. — (Journal des Praticiens, 1. Dez. 1906.)

Abdominaltyphus.

1. **Beitrag zur Ernährung der Typhuskranken.** Von G. B. Burzagli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Pyramidonbehandlung des Unterleibstyphus.** Von A. Widenmann. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Einfluß der umgebenden Temperatur und des kalten Bades auf die Produktion agglutinierender Substanz bei typhusimmunisierten Tieren.** Von A. Graziani. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Einige seltene Nachkrankheiten im Verlauf des Typhus abdominalis.** Von M. Pfister. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Ueber Cholezystitis typhosa.** Von A. v. Khautz jun. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Zur bakteriologischen Frühdiagnose des Typhus.** Von Conradi, Neunkirchen. Ref. Einstein, Stuttgart.

1. Im Verlaufe eines schweren Typhus verlieren die Kranken viel von ihrem Körperbestand. Von den Ursachen dieser Unterbilanz läßt sich die eine, der toxische Eiweißzerfall, kaum beeinflussen, desto mehr sollte man dagegen der zweiten Ursache, der Unterernährung, vorbeugen. Dies ist nicht leicht; denn einmal verbietet sich eine kräftige Kost durch den Zustand des Darmes, dann durch den darniederliegenden Appetit, das Darniederliegen der Sekretion etc. Das am meisten in Betracht kommende Nahrungsmittel ist die Milch; da aber zur genügenden Ernährung auch eines im Bette liegenden Kranken (20—25 Kalorien) $2^1/_2$ l davon nötig sind, wird man oft es nicht vermögen, die appetitlosen Kranken zur Aufnahme derart großer Flüssigkeitsmengen zu veranlassen, ganz abgesehen davon, daß letztere den Magen stark belasten, und daß die Milch ein guter Nährboden für den Typhusbazillus ist. Hier tritt nun das Plasmon in die Bresche, als ein ganz vorzügliches Nahrungsmittel. Es wird gut resorbiert, auch in großen Dosen sehr gut ertragen und ist nicht allzu teuer; es hat ferner den großen Vorteil, daß es auch vom Rektum aus gut (zu zirka 70%) resorbiert wird; vier tägliche Klysmen à 20 g, in $^1/_4$ l warmem Wasser gelöst, decken einen großen Teil des täglichen Eiweißbedarfes. — (Riv. crit. di Clin. Med. Nr. 41, 42 u. 44, 1906.)

2. Neben Aerzten, die jede Fieberbehandlung ablehnen, neben solchen, die das Fieber beim Typhus durch Bäder zu bekämpfen suchten, hat es stets Autoren gegeben, die dieses Ziel durch medikamentöse Behandlung anstrebten. Unter den zahlreichen hiebei versuchten Mitteln bietet das Pyramidon so große Vorteile, daß seine Anwendung angelegentlichst empfohlen werden muß. Es setzt nicht nur die Temperatur sicher herab, sondern es wirkt auch auf das Allgemeinbefinden des Kranken, auf sein Sensorium, auf Appetit und Schlaf so günstig ein, daß das Bild des Typhuspranken ein ganz anderes wird. Irgend einen Einfluß auf Ablauf oder Dauer der Krankheit hat aber die Pyramidonbehandlung nicht. Man gibt das Mittel am besten in Lösung 2·0 : 200·0, so daß jeder Eßlöffel 0·15 g Pyramidon enthält. Im allgemeinen wird man mit 1·0—1·5 g pro die auskommen, doch kann man ohne Bedenken auch größere Dosen geben; nachts setzt man aus. Kollapserscheinungen hat Vf. nie gesehen; bei hartnäckigem Erbrechen kann man das Mittel als Klysma geben. Selten findet man Pyramidonexantheme. Die Pyramidonbehandlung ist auch relativ billig; 1 g kostet zwar 35 Pf., 20 Tabletten à 0·1 g 80 Pf., aber man spart dafür auf der anderen Seite, da man viel weniger Pflegepersonal für die mit Pyramidon behandelten Fälle braucht. — (Med. Klinik, 5. Aug. 1906.)

3. Um den Einfluß der umgebenden Temperatur auf die Produktion der Agglutinine kennen zu lernen, wurden Kaninchen gegen Typhus immunisiert und in drei Abteilungen bei einer Temperatur von 32°, von 18° und von 2—4° gehalten; verwendet wurden je 12 Tiere; von den bei 32° gehaltenen gingen 2 ein. Das nach 3 bis 11 Tagen entnommene Blut zeigte einen Agglutinationstiter im Durchschnitt: bei 32° von 1 : 727, bei 18° von 1 : 854, bei 2—4° von 1 : 1541. Es übt also die umgebende Temperatur einen ganz wesentlichen Einfluß aus, indem kühlere Umgebung die Agglutinationsbildung begünstigt. — Es lag nahe, hier eine Prüfung der in der Typhustherapie eingeführten kalten Bäder vorzunehmen. 12 Tiere wurden immunisiert und in einer Umgebungstemperatur von 32° gehalten; 6 blieben als Kontrolltiere, die anderen 6 erhielten morgens und abends ein Bad von einer halben Stunde und 20°. Von ihnen gingen 2 zugrunde, die anderen 4 zeigten ein Agglutinationsvermögen von durchschnittlich 1 : 2425, die 6 Kontrolltiere von 1 : 1250; also auch das kalte Bad wirkt fördernd auf die Agglutininbildung ein. — (Gazz. degli osped., 12. Aug. 1906.)

4. In einem der von Pfister beschriebenen Fälle handelte es sich um einen Lungenabszeß, der sich in einem pneumonisch infiltrierten Unterlappen gebildet hatte; am 43. Krankheitstage entleerte sich spontan durch Husten fast $^1/_2$ l reinen Eiters. Im zweiten Falle trat in der fieberfreien Rekonvaleszenzzeit eine Enteritis membranacea auf, für deren Entstehen wohl der Reiz der diarrhoischen Typhusstühle verantwortlich zu machen ist. In einem weiteren Falle trat während des Ablaufes eines Rezidivs septisch-pyämisches Fieber mit Schüttelfrösten und profusen Schweißausbrüchen auf, mit Ausgang in Genesung, wahrscheinlich infolge einer Sekundärinfektion mit nicht nachweisbarer Abszeßbildung. Ein vierter Fall erlag im Status typhosus einer subduralen Blutung mit zahlreichen Blutungen in die übrigen Organe (hämorrhagischer Typhus). Der Patient hatte früher eine Lues durchgemacht, die vielleicht Gefäßveränderungen gesetzt hatte. Im letzten Falle trat im Anfang der fieberfreien Periode unter neuem Temperaturanstieg Abort (im dritten Monat) ein, wenige Tage darauf entwickelte sich eine suppurative Parotitis, auf deren Höhestadium plötzlich eine extreme akute Anämie einsetzte (30% Hb, Leukozyten aufs dreifache vermehrt 30.800, Erythrozyten 2,560.000), vielleicht bewirkt durch die Kombination der Schädlichkeiten von Typhus, Abort und Parotitis. Es trat nach Inzision des Abszesses rasch Besserung ein. — (Deutsche med. Wochenschr., 9. Aug. 1906.)

5. Die Befunde bei Operationen und Autopsien haben ergeben, daß der Typhusbazillus oft noch jahrelang nach überstandenem Typhus im Gallenblaseninhalt nachzuweisen ist; gelegentlich ruft er spät noch schwere eitrige Cholezystitis hervor, und zeitweilig können derartige Individuen sogar noch Bazillen im Stuhl ausscheiden. Die Anwesenheit von Typhusbazillen und die konsekutive Cholezystitis scheinen relativ häufig zur Bildung von Gallensteinen zu führen; so hatten bei Curschmann 13 von 42 Gallensteinkranken Typhus überstanden, bevor cholelithiastische Symptome aufgetreten waren. Daß die Bazillen sich lange in der Gallenblase kulturfähig halten können, beweist ein Fall (Kayser), wo sie nach 30 Jahren noch im Stuhl nachweisbar waren. Die Anamnese läßt häufig trotz positiven Bazillenbefundes bezüglich eines überstandenen Typhus im Stich. Dies war auch bei dem Kranken, von dem v. Khautz berichtet, der Fall. Es bestand eine eitrige Cholezystitis; in der Gallenblasenflüssigkeit waren Typhusbazillen in Reinkultur. Ein Typhus war in der Anamnese nicht nachzuweisen, doch war Widal 1 : 30 positiv. Es war die Möglichkeit vorhanden, daß die zur Zeit bestehende hochfieberhafte Erkrankung nicht eine einfache Cholezystitis, sondern ein Typhus mit Cholezystitis war, doch sprach sonst nichts für einen Typhus. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 44, 1906.)

6. Conradi zeigt, daß die Typhusbazillen, welche in den Blutgerinnseln der



zur Widal-Gruberschen Reaktion entnommenen Blutproben eingeschlossen sind, in Galle eine so starke Anreicherung erfahren, daß sie in etwa 40%, ja in den ersten Wochen sogar in 50% der Fälle nachweisbar sind. Er bringt zu diesem Zwecke den kleinen Blutfaden in ein Reagenzröhrchen mit 5 cm³ sterilisierter Rindergalle, 10% Pepton und 10% Glyzerin und läßt das Röhrchen 12—16 Stunden bei 37° stehen. Dann streicht er 0·1 bis 1·0 cm³ der durchgeschüttelten Flüssigkeit auf Lakmus-Milchzucker-Agar aus.

Der Wert dieser Methode beruht darin, daß mit ganz geringen Mengen Blut schon in den ersten Krankheitswochen, wo die Widalsche Probe meistens versagt, mindestens in der Hälfte der Fälle eine Frühdiagnose des Typhus möglich ist, ferner daß in den seltenen Fällen, wo in den späteren Wochen die Widalsche Reaktion fehlt, mitunter durch die Blutzüchtung der Typhus diagnostiziert werden kann. Vf. fordert, daß die Prüfung durch Gallenkultur in Zukunft neben der Agglutinationsprobe vorgenommen wird. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 49, 1906.)

Heilung eines Falles von temporo-maxillarer Aktinomykose durch Injektionen von Jodgelatine Sclavo. Von F. Putzu. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Der vom Vf. mitgeteilte Fall lehrt, daß man bei gewissen neoplastischen Affektionen der Regio temporo-maxillaris an Aktinomykose denken muß, bevor man sich zu einer verstümmelnden Operation entschließt, ferner daß die Injektionen der Sclavoschen Jodgelatine (eines in Italien jetzt vielfach verwendeten Jodpräparats) auch in schweren und ausgebreiteten Fällen mit gutem Nutzen an die Stelle anderer bei der Behandlung der Aktinomykose bisher verwendeter Jodpräparate gesetzt werden können. — (Riv. crit. di Clin. med. Nr. 48, 1906.)

Zur Fibrolysin-Therapie. Von Dr. A. v. Planta Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Das Fibrolysin ist ein von Dr. Mendel (Essen) dargestelltes Doppelsalz, das aus Thiosinamin und Natriumsalizylat besteht. Sein Indikationsgebiet erstreckt sich auf alle diejenigen Fälle, in denen es sich darum handelt, Narbengewebe ohne Unterschied des der Narbenbildung vorausgegangenen pathologischen Prozesses aufzulockern und zu erweichen, die Widerstandsfähigkeit desselben zu erhöhen und seine Schrumpfung zu verhüten. Zur Verwendung kommt jedesmal eine ganze Dosis von 2, 3 cm³ Fibrolysin, das in zugeschmolzenen, braunen Glasampullen in den Handel gebracht wird und subkutan, intramuskulär oder intravenös injiziert werden kann. — (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte, Nr. 18, 1906.)

Die Milch als Hämostatikum. Von P. Jolt, Riga. Ref. Einstein, Stuttgart.

Vf. hat bei schweren Blutungen verschiedenster Herkunft — Menorrhagien, puerperale Blutungen, Hämatemesis, Hämoptöe, Epistaxis etc. — durch Bleibeklystiere mit Milch sehr gute styptische Erfolge gehabt. Man gießt täglich ½ bis 1 l ein, am besten mit der Klysopompe, mit der eine stärkere mechanische Wirkung zu erreichen ist, als mit dem Irrigator.

Die stomachale Zufuhr hat nicht denselben Erfolg, da im Magen Veränderungen der Milch eintreten, die ihr die styptische Wirkung nehmen.

Größere Mengen von Milch, welche übrigens rascher resorbiert wird als Salzwasser, gibt man nur bei Blutleere.

Die styptische Wirkung teilt die Milch mit anderen Drüsenprodukten (Adrenalin, Thyreoidin, Stagnin). Sie enthält blutstillende Stoffe, z. B. Eisen, Phosphorsäure, Zitronensäure, vor allem aber Kalk. Vielleicht enthalten auch die Zerfallsprodukte der in der Milch enthaltenen Leukozytenkerne ein gerinnungsbeförderndes Ferment. — (Ther. Monatshefte, Okt. 1906.)

Chirurgie.

Mastdarm. Ref. A. Haas, München.

1. **Behandlung der inoperablen Mastdarmkrebse.** Von Dr. Reclus, Charité Paris.
2. **Der Mastdarmkrebs und seine Behandlung.** Von M. Du Pan.
3. **Ueber die entzündlichen Stenosen des Mastdarms, ihre chirurgische Behandlung und die Dauerresultate.** Von Louis Arnaud.
4. **Klinisches und Therapeutisches über den Mastdarmkrebs.** Von Samuel G. Gant, New-York.

1. Bei der Behandlung inoperabler Rektumkarzinome, die hochgradige Beschwerden machen, die insbesondere zu schwerer Obstipation führen, ist heute der Anus iliacus die Methode der Wahl. Reclus bespricht nun hauptsächlich diejenigen Fälle, in denen der Anus praeternaturalis die Tenesmen und die Blutungen nicht zu beseitigen vermag; dies ist nicht allzu selten. Bestehen also nach Anlegung eines Anus iliacus diese Beschwerden weiter, so empfiehlt sich eine gründliche Exkochleation des Karzinoms, wie Küster zuerst vorschlug. Die lästigen Symptome verschwinden für einige Zeit, dann kann eine Wiederholung der Kurettage nötig werden.

Bei der Anlage des Anus praeternaturalis hat man vor allem zu sorgen, daß möglichst der gesamte Darminhalt aus der geschaffenen Fistel nach außen tritt und der von der Neubildung befallene Abschnitt nicht weiterhin durch Kot irritiert wird. Dies suchen alle die Methoden zu erreichen, die einen Sporn bilden. Es gibt deren ja viele. Sind die Erscheinungen der Kotstauung sehr alarmierend, so wird man sich mit einer gewöhnlichen Enterostomie am Colon sigmoideum begnügen. Für alle anderen Fälle, in denen man einige Tage zuwarten kann, empfiehlt Reclus, durch eine kleine, unter lokaler Stovainanästhesie angelegte Inzision sich eine Schlinge des S. romanum hervorzuziehen, so daß deren konkaver Rand und das Mesokolon zum Vorschein kommen. Durch das Mesokolon wird ein Glasstäbchen gesteckt, das ein Zurückweichen der Schlinge verhindert. Für gewöhnlich ist damit der erste Akt der Operation beendet, man legt einen Wundverband an und wartet einige Tage ruhig zu. Nur bei Patienten, die stark husten, wird man gut tun, die Schlinge durch ein paar Nähte an den Wundrändern zu fixieren. Nach einigen Tagen durchtrennt man dann, das Glasstäbchen als Leitsonde benützend, die Schlinge quer mit dem Thermokanter und schafft so für Stuhl und Gase einen breiten Abfluß.

Diese Methode gewährleistet für fast alle Fälle eine vollständige Entleerung durch das obere Darmende. Immerhin kommt es auch bei ihr als Ausnahme vor, wenn nach einiger Zeit das Mesokolon sich retrahiert, daß geringfügige Teile des Darminhalts in das untere Darmende gelangen. Jedoch resultieren daraus nie ernstere Störungen. — (Journ. des Praticiens, Nr. 30, 1906.)

2. Du Pan betont zunächst, daß die gewöhnlich ätiologisch angeschuldigten Momente, wie Heredität, sitzende Lebensweise, habituelle Obstipation etc. nicht die Bedeutung haben, die ihnen allgemein beigemessen wird. Die diesseits des 40. Lebensjahres beobachteten Mastdarmkarzinome sind meist kolloide Formen und verlaufen äußerst rapid. Der heimtückische, oft ganz symptomlose Beginn des Mastdarmkarzinoms ist ein Haupthindernis der Frühoperation und sollte für den Arzt eine Mahnung sein, bei allen Erkrankungen, die nur irgendwie auf den Mastdarm bezogen werden könnten, eine digitale Untersuchung dieses Organs nicht zu unterlassen.

Durchschnittlich dauern nicht operierte Fälle vom Beginn der ersten Symptome 12 Monate, operierte Fälle 56 Monate. Nur in Unbeweglichkeit des Tumors sieht Du Pan eine Kontraindikation der Operation. Die präliminare Ausführung der Kolostomie empfiehlt er nur bei bereits bestehendem hartnäckigen Ileus. Von den Operationsmethoden ist die Kochersche coccygeale Methode die beste. Das Peritoneum wird sorgfältig durch Naht geschlossen, nicht tamponiert. Bei der Nachbehandlung kommt es besonders darauf an, eine Infektion der Wunde zu vermeiden.

Die Mortalität der Operation beträgt nach Du Pan 14·5%; in 39·7% der Fälle

trat ein Rezidiv auf, und zwar meist im pararektalen Gewebe. Als Anästhetikum ist der Aether am meisten zu empfehlen. — (Rev. de Chir., Aug. 1906.)

3. Die Mastdarmstenosen können syphilitischer, tuberkulöser, gonorrhoischer und dysenterischer Natur sein, doch spielt sicher auch die passive Päderastie, ohne daß eine spezifische Entzündung vorangegangen ist, eine Rolle. Meist läßt es sich nicht erkennen, welcher Art ätiologisch eine Stenose ist, da die heftige, reaktive Entzündung charakteristische Läsionen verwischt. Nur in seltenen Fällen lassen sich histiologisch noch Tuberkel nachweisen. In vielen Fällen besteht überhaupt keine einheitliche Aetiologie, da verschiedene Momente bei demselben Individuum das Zustandekommen der Verengerung bewirken können.

Pathologisch anatomisch beschränkt sich die Entzündung in seltenen Fällen auf die Schleimhaut mit polypöser Wucherung derselben (Proctitis hypertrophica), meist sind alle Schichten der Darmwand und selbst die Umgebung diffus kleinzellig infiltriert (Periproctitis).

Von den Behandlungsmethoden werden die Kauterisation und die Elektrolyse kaum mehr Verwendung finden. Am besten bewährt sich die Exstirpation des Mastdarmes, nach Anlegung eines temporären künstlichen Afters in der linken Fossa iliaca. Insbesondere der letztere ermöglicht eine direkte Behandlung etwa vorhandener Ulzeration und der bestehenden Entzündung, schaltet außerdem den erkrankten Darm von der Kotpassage aus und veranlaßt so ein Nachlassen der oft unerträglichen Schmerzen. Nur in den Fällen ohne Ulzeration der Schleimhaut mit geringen entzündlichen Erscheinungen und wohlbegrenzter Stenose wird man die Bougiebehandlung versuchen können. Ist die Stenose nicht scharf begrenzt, bestehen Ulzerationen und Verwachsungen mit der Nachbarschaft, so wird man zunächst einen provisorischen Anus praeternaturalis anlegen und sekundär die Exstirpation, Amputation oder Resektion des Mastdarmes ausführen. Dann ist man vor Rezidiven sicher, und auch nach der Amputation stellt sich ja sehr oft eine gewisse Kontinenz wieder her. — (Thèse de Lyon, 1905/06.)

4. G a n t bespricht zunächst die beiden verschiedenen Typen des Karzinoms, das Plattenepithel- und das Zylinderepithelkarzinom. Das erstere findet sich immer an oder nahe dem Analrande, das letztere im Analkanal, im oberen Rektum oder im Sigmoid. Von den bisher von G a n t beobachteten Fällen waren nur 5% Plattenepithelkarzinome, die übrigen 95% Zylinderzellenkarzinome, und zwar betrafen von diesen 50% die Ampulle, 20% das obere Rektum, 15% das obere Rektum und Sigmoid, 10% den Analkanal.

Das Plattenepithelkarzinom beginnt gewöhnlich als harter Knoten in der Nähe des Anus, oft in einer Rhagade, Narbe oder einem Psoriasisherd. Es führt in seinem Verlauf erst später zur Ulzeration, die entweder eine oberflächliche, langsam fortkriechende ist, oder aber es frißt in die Tiefe und zerstört die Gewebe des Dammes des Skrotums und der Vagina. Oefters zeigt es die den Kankroiden eigene Heilungstendenz, so daß ältere Teile der Ulzeration sich wieder epidermoidalisieren; auch die charakteristischen Epithelperlen findet man bei dieser Form.

Das Zylinderzellenkarzinom des Rektums geht gewöhnlich als atypisches Adenom von den B r u n n e r schen oder L i e b e r k ü h n schen Drüsen aus. Es ist sehr bösartig, beginnt gewöhnlich als Knoten in der vorderen oder hinteren Rektalwand. Allmählich greift es weiter und man unterscheidet nach der Art des Wachstums ringförmige, tuberöse und röhrenförmige Karzinome, dann nach der Art und Verteilung der histologischen Bestandteile medulläre, skirrhöse, kolloide und melanotische Krebse.

Manchmal sehr frühzeitige Metastasen finden sich bei beiden Formen. Das Zylinderzellenkarzinom bevorzugt dabei die retroperitonealen, sakralen und lumbalen Drüsen, das Plattenepithelkarzinom, besonders die inguinalen Drüsen.

Die Symptome sind anfangs sehr unbestimmt, oft besteht nur ein schwer zu definierendes Gefühl von Unbehagen, so daß die Patienten den Beginn der Erkrankung zeitlich meist nicht festzulegen vermögen.

Mit ihrem Fortschreiten werden die Symptome prononzierter: Schwere und Völle in den Gedärmen, Unbehagen bei der Defäkation, Druck in der Kreuzgegend, Mattigkeit in den Beinen treten auf. Häufig schiebt man diese Beschwerden auf Hämorrhoiden, Fissura ani oder Ischias. Weiterhin sehen wir häufigen Stuhldrang auftreten, dann das Gefühl eines Fremdkörpers im Darm, den man nicht los werden kann; Obstipation wechselt mit Diarrhöen. Wegen des häufigen Stuhldranges werden flüssige, weiche und harte Massen oft gleichzeitig entleert; die weichen Fäzes sind dann oft abgeplattet, bandartig geformt. Bei hochsitzendem Hindernis behält aber der Stuhl normale Gestalt. Bald beginnt aber der Tumor zu ulzerieren und damit kommt es zu Blutbeimengungen zum Stuhl, entweder profus oder nur in kleinen Mengen. Oefter findet man Teile des Tumors, Bröckel und Kolloidmassen. Durch die häufigen Dejektionen treten Rhagaden, Exkoriationen am After auf, die intensiven Pruritus verursachen. Werden schließlich die Nachbarorgane oder Sakrum und Steißbein von der Neubildung befallen, so werden die Schmerzen unerträglich, besonders furchtbar dann, wenn auch die Haut und das Sphinkter in der Neubildung aufgehen. Zugleich beobachtet man die bekannten Erscheinungen der chronischen Darmobstruktion mit oft kollossalem Tympanites und den Zeichen der Sterkorämie, dann Metastasen in anderen Organen, besonders der Leber, Oedeme, Erschöpfung und nicht selten Perforationen und eitrige Peritonitis.

Die Diagnose des Rektumkarzinoms ist leicht, wenn man sich gewöhnt, eine genaue Anamnese aufzunehmen und genau digital und rektoskopisch zu untersuchen. Die große Mehrzahl der Neubildungen des Rektums ist der digitalen Untersuchung zugänglich und in ihrer Natur durch Form und Konsistenz leicht zu erkennen. Bei hochsitzenden Neoplasmen muß man bimanuell untersuchen oder noch besser eines der gebräuchlichen Rektoskope anwenden.

Die Prognose ist außerordentlich ernst; die palliativen Methoden (Röntgen-Strahlen, Kolostomie etc.) können nur die Beschwerden verringern und das Leben verlängern, allein die frühzeitige radikale Operation vermag in zirka 16% der Fälle Dauerheilungen herbeizuführen. Aber nur zirka 66% der den Chirurgen aufsuchenden Fälle sind noch operabel. Die Mortalität der verschiedenen radikalen Operationsmethoden beträgt immer noch 21%.

Die rein palliative Behandlung des Mastdarmkrebses erfordert nach Gant vor allem entsprechende Ernährung: Tonika, kräftige Suppen, weiche Eier, Milch, Malzextrakt, Kumys, Fleischsaft stehen im Vordergrund. Fisch und Fleisch soll nur sparsam, grobe Vegetabilien und Früchte gar nicht gegeben werden. Die Hauptaufgabe, die hartnäckige Verstopfung zu beseitigen, erfüllen Rhizinus- oder Olivenöl etc. etc. Besteht schon eine deutliche Obstruktion, so bringen reichliche Einläufe mittels des eingeführten Darmrohrs oft wieder Stuhl zuwege, häufig aber muß man den Fäkaltumor mit dem Finger oder einem stumpfen Instrument quasi anbrechen. Peinliche Reinlichkeit durch leicht antiseptische Ausspülungen und Abwaschungen kann Darm und Anus lange Zeit vor Infektion und Abszeßbildungen bewahren. — Gegen den Schmerz soll man erst in späteren Stadien mit Opiaten vorgehen, eventuell kann man dann auch Röntgen-Bestrahlung zur Schmerzstillung anwenden; einen kurativen Effekt sah Gant von letzterer nicht. Thermokauterisieren wird man nur dann, wenn man den Tumor völlig oder größtenteils dadurch zerstören kann.

Von den chirurgisch-palliativen Methoden ermöglicht die Kolostomie eine bedeutende Verlängerung des Lebens, die Patienten sind von Schmerz und Obstipation, bezw. Obstruktion befreit, das Rektum kann durch Irrigation von oben und unten gereinigt werden. Oft nehmen so die Patienten wieder an Gewicht zu. Als Ort der Kolostomie wird man meist die linke Inguinalgegend wählen. Die Exkochleation kann nur dann ohne Gefahr ausgeführt werden, wenn der Tumor unterhalb der Douglasschen Falte, also nicht über 3 Zoll vom Anus entfernt liegt. Ebenso kommt die Prokto-

tomie, die Inzision der einengenden Neubildung oder die forzierte Dehnung derselben nur bei ganz tiefem Sitze in Betracht.

Die radikale Behandlung besteht in der exakten Entfernung der Geschwulst und der befallenen Drüsen. Kontraindiziert wird sie nur durch Verwachsung mit Nachbarorganen, nachweisbare Methastasen, große Schwäche des Kranken und schließlich durch ernste Herz-, Lungen-, Leber- oder Nierenerkrankungen.

Von radikal operativen Methoden kommen je nach Lage des Tumors in Betracht die Proctectomia inferior und superior, dann die vaginale, die abdominovaginale und die Invaginationsmethode. Die von Gant angewandte Technik ist die bei uns nach Vorgang von Hochenegg, Rehn, Rotter u. a. übliche, mit unwesentlichen Abweichungen. Besonders zu bemerken ist, daß Gant die Gersunysche Drehung häufig und mit gutem Erfolg für die Kontinenz verwendet, wenn er den Sphincter ani entfernen mußte. — (New-York Medical Journ., Bd. 84, Nr. 3, respektive Nr. 7, 1906.)

Zur Frage der Drainage. Von R. Chrobak. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Die Röhrendrainage ist immer eine Ableitungs-, also eine wirkliche Drainage. Bei der Stoffdrainage handelt es sich besonders um Sicherung vor Blutung und Ausfüllung toter Räume. Da auch auf die Ableitung der Sekrete Rücksicht genommen werden muß, dürfen nur solche Stoffe zur Verwendung gelangen, welche dies vermöge ihrer Kapillarität zu tun vermögen. Diese Drainage wird besser als Tampondrainage bezeichnet. Es ist zu unterscheiden zwischen der peritonealen und extraperitonealen Drainage. Die erstere wird immer seltener verwendet; die besten Resultate hat die vaginale Drainage.

Die Drainage ist überflüssig, bezw. nachteilig, wenn es sich um das Zurücklassen von Resten nicht eitrigen Gewebes im Operationsgebiete, insbesondere am Darme handelt. Sie ist ferner zu unterlassen bei malignen, nicht völlig extirpierbaren Tumoren, vorausgesetzt, daß sich an denselben nicht geradezu eitrige Partien vorfinden. Bei zerfallenden, inoperablen Tumoren (Karzinom) ist die Blutung durch vorübergehende Kompression zu stillen. Die eigentliche Drainage durch Röhren oder durch Gaze, bezw. Dochte findet Verwendung bei Eiter enthaltenden oder Eiter produzierenden Höhlen und Geweben, falls nicht Sterilität dieses Eiters anzunehmen ist. Sie dient nicht bloß dem Abflusse, bezw. der Fortschaffung der infektiösen Stoffe, sie gestattet auch die Anwendung von desinfizierenden und anderen Injektionen. Häufiger als die Röhrendrainage kommt die Verwendung der Gaze als Material zur Ausstopfung mit gleichzeitiger Sicherung der Sekretableitung in Betracht. Die Ausfüllung toter Räume, Stillung von Blutung aus Parenchymen, Höhlenwunden etc., falls es nicht möglich ist, dieser durch Ligatur und Umstechung Herr zu werden, ist ihre Domäne. Die fistulösen Gänge, welche nach der Drainage oft zurückbleiben, sind nie mit der Kurette zu behandeln wegen Gefahr einer Verletzung von Darm oder Blase. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 46, 1906.)

Behandlung von 12 Mastitiden mit Saugapparaten. Von Dr. Fr. Hartmann, Berlin-Wilmersdorf. Ref. Fritz Loeb, München.

Vf. resümiert auf Grund seiner Erfahrungen über die Saugbehandlung bei Mastitis: Die Saugbehandlung wirkt schmerzlindernd und fieberherabsetzend. Ganz frische, akute Mastitiden werden in 3—5 Tagen kupiert ohne Inzision. Frische, doch schon abszedierte Mastitiden heilen mit kurzen Inzisionen noch eventuell in 4—7 Tagen; alle anderen in der zweiten bis dritten Woche, durchschnittlich in 16 Tagen, also schneller als bei allen anderen chirurgischen Methoden. Kosmetisch wie funktionell leistet die Saugbehandlung geradezu Großartiges. Die subakuten, knotigen, nicht eiterigen Formen der Mastitis sind ungeeignet für die im wesentlichen passive Hyperämie der Saugbehandlung, hier leistet die aktive Hyperämie in Form von Prießnitzschen Umschlägen, später Massage, mehr. Die meist schon etwas

älteren Fälle mit vorher erfolgtem Spontandurchbruch des Eiters brauchen die längste Heilungsdauer. Das (Probe-)Ansaugen bezeichnet durch sofort auftretende zirkumskripte, stärkere Rötung der Haut genau den Ort der Infiltration oder des Abszesses, so daß schon sehr frühzeitig und am richtigen Ort der Abszeß indiziert werden kann. Die frühe Diagnose, speziell die genaue Lokalisation, somit auch die richtige Therapie, wird also durch die Saugbehandlung bestens gefördert. Abszesse kommen unter der Saugbehandlung schnell an die Oberfläche durch Einschmelzung der Infiltrate; neue, während derselben auftretende, sind ihr als solcher wohl nur selten zur Last zu legen. Entzündliche „heiße" Prozesse werden bald zu „kalten". Bei zu frühem Aufhören der Saugbehandlung werden dieselben aber in die Länge gezogen oder sogar zu neuen, heißen Entzündungen verschlimmert. Auch spontane Erkaltung ohne Saugbehandlung kommt vor. Früher spontan aufgebrochene oder inzidierte Fälle, die schon so gut wie ausgeheilt erscheinen, fangen unter der Saugbehandlung manchmal von neuem an, aus der alten Fistel stark zu eitern. Abszesse sind auch bei der Saugbehandlung stets und so bald als möglich zu inzidieren, da nicht auf Resorption des Eiters durch Saugbehandlung allein gerechnet werden darf, wenngleich dieselbe auch einmal eintreten kann. Die Schnitte müssen 1—3 cm lang sein. Drainage mit Gaze oder Gummidrains ist, abgesehen vielleicht vom ersten Verband, meist unnötig oder sogar schädlich, da hinter einem, auch lockeren, Tampon in sehr kleiner Wunde sehr leicht Eiterverhaltung mit neuem Fieber und Schmerzen eintritt, und da die Wunden, wenn sie nicht allzu klein sind, bei der Saugbehandlung meist von selbst so lange offen bleiben, als Eiter abgesondert wird. Die Saugapparate ersetzen die Drainage. Bei stark in die Tiefe gehenden Abszessen ist aber oft ein dünnes, längeres Gummidrain indiziert, da sonst öfter der Wundkanal in der Mitte zuheilt und der entfernteste Abszeßteil sich so von neuem abkapselt. Bei etwaigem Ventilverschluß ist bei Ansaugen ein Drain temporär einzulegen. Ausdrücken der Wunden ist zu vermeiden, auch ganz zwecklos, da das Ansaugen mit Saugglocke, respektive kleinem Schröpfkopf den Eiter viel besser und ohne Schmerzen herausbefördert. Bei Wundverschluß durch Blutgerinnsel, Borken, Pfröpfe, nekrotische Fetzen ist Sonde, Pinzette oder Kornzange anzuwenden. Um Retention von Milch zu vermeiden, wird dieselbe am Schlusse jeder Sitzung mit kleinem Saugglas abgesogen. Die eiterige Sekretion hört unter der Saugbehandlung meist bald auf, wird bald serös. Die Wunden heilen dann rapid unter sehr guter Narbenbildung; früher schmierig belegte zeigen sehr bald gesunde Granulationen. Die Saugapparate dürfen nicht mit ihrem Rand auf entzündete Partien drücken, da sie sonst Schmerzen verursachen, die Infektionsstoffe in gesundes Gewebe weiter hineinpressen und so den Prozeß verschleppen. Daher soll man bei der Mastitis nur Saugglocken von 10—12—15 cm Lichtungsdurchmesser gebrauchen, in welche fast die ganze Mamma hineinpaßt. Kleinere Schröpfköpfe sind nur gelegentlich bei stagnierendem Eiter und dann auch nur auf kürzeste Zeit anzuwenden. Die Saugbehandlung ist sorgfältig und bis über das Abklingen der entzündlichen Erscheinungen hinaus auszuführen, da sonst eventuell Rezidive eintreten oder der Fall länger hingeschleppt wird. Auch wenn keine Sekretion mehr da ist, also direkt nichts mehr abgezogen werden kann, leistet die Hyperämie als solche noch viel zum schnelleren Gesunden durch Resorption der Infiltrate.

Die Saugbehandlung, richtig angewandt, ist ein Segen für die leidende Menschheit; dem Arzte eröffnet sie ein weites Feld dankbarer Tätigkeit. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 6, 1907.)

Ein Beitrag zur operativen Behandlung der otogenen Fazialislähmung. Von Dr. Ferdinand Alt. Ref. A. Haas, München.

Vf. hat in einem Falle, wo er das total sequestrierte Labyrinth ausräumen mußte, so daß der Nervus facialis gelähmt wurde, eine Pfropfung des Fazialis auf den Hy-



poglossus vorgenommen. Der Nervus hypoglossus wurde vor dem Musculus biventer freigelegt und nach oben entlang dem vorderen Sternokleidorande freipräpariert, dann der Nervus facialis vor dem For. stylomastoideum bis zu seinem Eintritt in die Parotis freigelegt. Hierauf wurde der Hypoglossus bis zur Hälfte mit der Scheere eingeschnitten und in diesem Einschnitt der am For. stylomastoideum abgetrennte Fazialisstumpf implantiert. Es entstanden geringe Lähmungserscheinungen der betreffenden Zungenhälfte. Bereits nach einem Monat konnte man die beginnende Wiederkehr der Innervation im Fazialisgebiete beobachten, die sich allmählich völlig wiederherstellte.

Im allgemeinen regeneriert sich der im Anschluß an eine Mittelohreiterung oder Radikaloperation gelähmte Nervus facialis in nahezu sieben Achtel der Fälle auf Massage und Elektrotherapie. Die Anlegung einer Anastomose mit dem Nervus hypoglossus, bezw. Nervus accessorius erscheint indiziert, wenn die Lähmung sechs Monate bestanden hat und eine Wiederkehr der elektrischen Erregbarkeit als Zeichen einer beginnenden Regeneration nicht nachweisbar ist. — Die bisher beobachteten Fälle haben bewiesen, daß Willensimpulse durch Nervus hypoglossus, bezw. accessorius auf die Fazialisbahn geleitet werden können, und daß aktive mimische Bewegungen zunächst nur bei Mitbewegung der Zungen-, bezw. Schultermuskulatur möglich sind, daß aber durch Uebung allmählich sich die Bewegungen willkürlich trennen lassen. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 43, 1906.)

Augenheilkunde.

Die Anwendung des Adrenalins beim Frühjahrskatarrh. Von Grimsdale. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Der günstige Erfolg von Adrenalineinträufelungen (1 : 2000) in einem lange verkannten und als Trachom, bezw. Tuberkulose behandelten Fall von Frühjahrskatarrh veranlaßte Vf., das Medikament in weiteren Fällen zu versuchen. Die meisten waren zu leichter Art oder zu kurz in Behandlung, so daß sie zu keinem Urteil berechtigen; aber in einem schweren Fall gelang es, durch sechsstündliche Instillationen in einigen Monaten Heilung herbeizuführen. — (Ophthalmoskope, Juli 1906.)

Das Collyrium adstringens luteum (Aq. Horsti) und seine Geschichte. Von A. v. Reuß. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Nach einem Ueberblick über die Geschichte des Collyrium adstringens und seiner Zusammensetzung zu verschiedener Zeit (jetzt in der neuesten Ed. VIII. der Pharm. Austr., in der das Mittel allein offizinell ist: Ammon chlor. 2·0, Zinc. sulfur, 5·0, Aq. dest. 890·0, Camphor. 2·0, Spir. vin. 100·0, Crocus 1·0) wirft v. Reuß die Frage auf, welcher Bestandteil eigentlich ihm zu seiner Beliebtheit verhilft. Man könnte an das Zink denken, und doch wirkt einfache Zinklösung nicht so gut; es gibt kein besseres Mittel bei akuten wie chronischen Bindehautkatarrhen (nur ganz im Anfangsstadium, ferner bei reichlicher Sekretion und bei katarrhalischen Hornhautgeschwüren ist es nicht indiziert). Vielleicht ist es der Alkohol, der die Wirkung der Zinklösung erhöht; auffallenderweise haben auch die meisten der anderen altenl, jetzt obsoleten Kollyrien Alkohol in sich. Da das Mittel ursprünglich als Wundwasser verwendet wurde, lag es nahe, es einmal auf seine antiseptische Kraft zu prüfen. Das Ergebnis einer solchen Prüfung war ein ziemlich negatives: die bakterizide Kraft des Kollyriums ist jedenfalls eine geringe, namentlich wenn es, wie im Konjunktivalsack durch Tränen und Schleim, verdünnt wird. Bemerkenswert ist aber, daß im Kollyrium selbst nie Schimmelbildung stattfindet. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 41, 1906.)

Eine von einem Furunkel herrührende Metastase in der Iris. Von Dr. Schanz.

Der von Schanz beschriebene Fall steht in der Literatur wohl einzig da. Der

ätiologische Zusammenhang zwischen dem Furunkel und einem sich daraus entwickelnden subfaszialen Abszeß der Schläfengegend einerseits und der Irisciterung anderseits wurde durch die Identität des aus den angelegten Kulturen gewonnenen Eitererregers, Staphylococcus pyogenes aureus, sichergestellt. Nachdem der Herd in der Iris geplatzt war, erfüllte der Eiter die vordere Kammer und wurde daraus durch Inzision und wiederholte Irrigation der vorderen Augenkammer mit 1%iger, frisch bereiteter Kollargollösung durch die erweiterte Inzisionswunde entfernt. Die vordere Augenkammer wurde nach erneuter Irrigation mit der Kollargollösung angefüllt. In der Folge wurde das Auge reizfrei; aus der Kollargollösung hatte sich auf die Iris, besonders auf den Ort, wo die Entzündung gesessen hatte, Kollargol niedergeschlagen; dasselbe wurde aber binnen weniger Wochen bis zur letzten Spur resorbiert. Dieser Fall lehrt, daß man Kollargollösungen ins Augeninnere bringen kann, ohne daß die Gewebe des Auges geschädigt und vorhandene Entzündungserscheinungen gesteigert werden und vor allem, ohne daß sich ein persistierender Silberniederschlag bildet. Vf. verwendet das Kollargol seit 1896 bei infektiösen Augenerkrankungen, und es hat sich ihm von allen in Betracht kommenden Mitteln am besten bewährt. Er benützt z. B. bei Hornhautgeschwüren eine Salbe von folgender Zusammensetzung:

Rp. Collargol. 0·1—0·2
Aq. dest. }
Ad. Lanae } āā 1·0
Vaselin. americ. alb. ad 10·0

Bei perforierenden Verletzungen irrigiert er das Augeninnere mit der 1%igen Lösung und schreibt seine guten Resultate besonders auch dem Umstand zu, daß er nur frisch bereitete Lösungen, und von diesen nur die oberen Schichten benützt. — (Arch. f. Augenheilk., Bd. 16.)

Gynäkologie.

Menstruationsstörungen. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. **Pubertäts-Metrorrhagie.** Von Hours.
2. **Die Amenorrhöe der Stillenden.** Von W. Thorn.
3. **Die diätetische Therapie schwerer Fälle von Schwangerschaftserbrechen.** Von E. F. H. Ponson.
4. **Zur Bewegungstherapie gewisser Formen der Dysmenorrhöe.** Von Natalie Sibirtzow.

1. Blutungen, welche man während der Pubertät beobachtete, können hervorgerufen werden: 1. durch eine fungöse Metritis, verursacht durch eine Infektion von der Vagina her; 2. durch eine Entzündung des Uterusinnern infolge von Neubildungen, die teils auf die Umgebung, teils auf die Schleimhaut des Uterus einen Reiz ausüben; 3. durch Entzündungen der Adnexe, die bei jeder Menstruation eine intensive Gefäßerweiterung des Uterus hervorrufen. Blutungen während der intermenstruellen Zeit können durch die meisten Infektionskrankheiten erzeugt werden. Es disponieren ferner zu Uterusblutungen Erkrankungen des Herzens, der Milz und Nieren. Ein enger Zusammenhang besteht auch zwischen Chlorose und Uterus-Metrorrhagien. Hämophile wie solche Personen, die mit Konstitutionskrankheiten — Purpura, Skorbut etc. — behaftet sind, leiden in der Regel auch an heftigen Metrorrhagien. Die Behandlung wird teils eine symptomatische sein, teils hat sie die Beseitigung des Grundübels zu besorgen. — (Thèse de Paris, 1906.)

2 Der Ausfall der Menstruation während der Laktation beruht auf einer Uterusatrophie, die als ein physiologischer Vorgang aufzufassen ist, der als Schutzmittel für die Mutter gegen allzu frühe Wiederschwängerung und für das Kind gegen allzu frühe Entziehung der natürlichsten Nahrungsquelle dient. 6—8 Wochen nach dem Absetzen ist die Reparation des Uterus vollendet. Während der Menstruation erleidet der Säugling durchaus keinen nennenswerten Schaden, es ist deshalb verkehrt, das Kind abzusetzen. Bei Eintritt einer Neukonzeption muß das Kind abgesetzt werden, da sonst



dem neuen keimenden Leben Kräfte zu seinem Wachstum entzogen werden. Das Kind erhält bis zu jenem Zeitpunkt ausschließlich Brustnahrung, wo die wichtigsten Teile der ersten Zahnung herangebildet sind, also bis zum Ende des ersten Lebensjahres. Je früher abgesetzt wird, desto eher wird die Konzeptionsfähigkeit wieder hergestellt. — (Gynäkol. Rundsch., Nr. 1, 1907.)

3. In der geburtshilflichen Klinik von Lyon wurde das hartnäckige Erbrechen der Schwangeren durch diätetische Behandlung zu bekämpfen gesucht. Es wurden dicke Brotsuppen verabfolgt und recht günstige Erfolge während der ersten Monate der Schwangerschaft erzielt. Diese Behandlungsart empfiehlt sich auch für die Privatklientel. Die Erfolge beruhen teils auf Suggestion, teils auf mechanischer Wirkung auf den Magen. — (Thèse de Lyon, 1906.)

4. Es gibt Dysmenorrhöen, welche einer konservativen chirurgischen Behandlung (Dilatation) weichen. Die sogenannten essentiellen Formen der Dysmenorrhöe würden einen solchen chirurgischen Eingriff (Laparatomie) notwendig machen, dessen Schwere mit dem erreichbaren Erfolg nicht in Einklang zu bringen ist. Ein Teil dieser essentiellen Form wird gebessert durch medikamentöse Behandlung, bei einem anderen Teil ist diese Therapie ohne Erfolg. Für diese Art der Dysmenorrhöe schlägt Sibirtzow die schwedische Massage vor, mit der sie in einer Anzahl von Fällen, die jeder anderen Behandlung trotzten, Erfolg erzielt haben will. Eine genügende Erklärung für die beobachteten Erscheinungen weiß Vf. nicht anzugeben. — (Thèse de Lyon, 1905.)

Zur Auffindung der Ligamenta rotunda im Leistenkanal. Von Sanitätsrat Reismann, Haspe. Ref. G. Wiener, München.

Ein einfaches Verfahren, um die Ligamenta rotunda zu erkennen und vom umlagernden Gewebe zu isolieren, ist folgendes: Man sucht den gesamten Inhalt des Kanals mit einem gebogenen Wundhaken oder einem bei den Ophthalmologen gebräuchlichen Schielhaken etwa in der Mitte zu umgehen und auf diesem aufzufangen. In diesem Gewebsbündel steckt das Band. Man breitet das Gewebe mit zwei Pinzetten auseinander und erkennt nun sofort den grau durchscheinenden Teil des Bandes. Ein zweiter Haken umgreift nun dasselbe und die Ablösung ist dann eine leichte Arbeit. In Kochers Operationslehre, S. 369, ist das Verfahren genau illustriert. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 3, 1907.)

Geburtshilfe.

Anästhesie in der Geburtshilfe. Ref. G. Wiener, München.

1. **Bericht über das erste Tausend Geburten im Skopolamin-Dämmerschlaf.** Von Dr. Gauß, Freiburg.
2. **Zur Anwendung von Skopolamin-Morphium in der Geburtshilfe.** Von Dr. Preller, Mannheim.
3. **Zur Technik der Lumbalanästhesie im Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf für die Bauchchirurgie und gynäkologische Laparotomie.** Von Dr. Peukert, Freiburg.
4. **Die Technik des Skopolamin-Morphium-Dämmerschlafes in der Geburtshilfe.** Von Dr. Gauß, Freiburg.

1. Die schlechten Resultate der von Hocheisen an der Berliner Charité beschriebenen 100 Fälle sucht Gauß in der mangelhaften Skopolaminlösung, die dort verwendet wird; dieselbe zeige auch schon am frisch zubereiteten Präparat Trübung und fleckigen Bodensatz, und die Erfahrungen, welche Gauß mit diesem Präparat, das ihm Hocheisen auf seine Bitte zusandte, machte, waren ebenfalls keine befriedigenden. Eine solche getrübte Lösung dürfe keinesfalls gebraucht werden und das Präparat wird an der Freiburger Frauenklinik darauf hin durch Schütteln vor dem jedesmaligen Gebrauch genau überwacht.

Bei den tausend Geburten der Freiburger Klinik ist nicht eine einzige Mutter gestorben, bei welcher der Tod dem Skopolamin-Morphium in irgend einer Weise zur Last gelegt werden kann. Dabei waren unter den letzten 500 Geburten 25 Frauen mit ausgesprochenem Herzfehler, und trotzdem kam nicht ein Herzzufall zur Be-

obachtung. Bezüglich des Blutverlustes nahm Gauß bei 363 Kreißenden Blutmessungen vor. Der durchschnittliche Verlust betrug 277·7 g, was nach Winckel ein geringer physiologischer Verlust ist. Auch die Angaben über die Geburt der Plazenta seien als sehr günstig zu betrachten. Unter 330 Wöchnerinnen fand sich nur eine Morbidität (über 38·5 in der Achselhöhle) von 1·7%. Die nach Hocheisen so exzessiv verlängerte Geburtsdauer kann der Verfasser auf Grund seiner subtileren Dosierung ebenfalls ablehnen. Die Operationsfrequenz ergibt folgende Daten: Bei den ersten 500 Geburten 49mal Forzeps, bei den letzten 500 25mal, für das volle Tausend also 7·32%. Es zeigte sich also auch hier ein starker Gegensatz zu Hocheisens Aufstellung von 20—25%. Wird eine Ueberdosierung der Mutter vermieden, so seien auch die Nebenwirkungen beim Neugeborenen ausgeschaltet. Auch von einer Erhöhung der Kindersterblichkeit könne nicht die Rede sein. Um jedoch derartige Resultate zu erzielen, sei eben genaueste Prüfung der Merkfähigkeit zur Bestimmung der Dosierung die unerläßlichste Grundbedingung. Mit ihr stehe und falle die Methode!

2. Preller hat im Wöchnerinnenheim zu Mannheim (Direktor Medizinalrat Mermann) ebenfalls 220 Geburten mit Skopolamin-Morphium behandelt. Seine Resultate halten die Mitte zwischen denen von Hocheisen und denen von Gauß. 70% der Narkosen waren erfolgreich, weitere 18% befriedigend, 12% gaben schlechte Resultate. Als wichtigste und den Dämmerschlaf am meisten diskreditierende Nebenerscheinung trat in 20—25% Verschlechterung der Herztätigkeit auf. 20—30% der Geburten schienen verlängert zu sein. Die Nachgeburt war zweimal durch die Notwendigkeit der Plazentarlösung, dreimal des forcierten Crédés gestört. Atonische Blutung trat viermal auf, einmal Spätblutung, weil Plazentarreste im Uterus geblieben waren. Zweimal zeigten sich höhere Grade von Intoxikation mit Halluzinationen und völliger Desorientiertheit. Die Operationsfrequenz betrug 7·6% gegen 8·4% auf die übrigen Geburten des Jahres. Ein Kind starb gleich nach der Geburt, eins wurde asphyktisch geboren, 5% kamen apnoisch, fast 25% oligopnoisch zur Welt. Immerhin müsse man, solange die Erfahrungen keine schlechteren sind, den Skopolamin-Morphium-Dämmerschlaf als eine, wenn auch mit Vorsicht anzuwendende Methode der Schmerzlinderung unter der Geburt betrachten.

3. Der frühere Assistenzarzt der Freiburger Frauenklinik, Peukert, ist der Ansicht, daß gerade für die Bauchchirurgie die Lumbalanästhesie wesentliche Vorteile bringt. An der Freiburger Klinik wurden unter 400 größeren Operationen nur 35 Inhalationsnarkosen gemacht und die Resultate seien sehr befriedigende gewesen. Besonders die letzten 150 Fälle wiesen Fehlen jeglichen Kollapses, günstige Prozentsätze bezüglich der Kopfschmerzen, Ausbleiben von Lähmungen, besonders völliges Fehlen postoperativer Bronchitiden auf.

Das Verfahren unterscheidet sich von dem der Bierschen Schule durch folgendes:

1. die Kombination mit dem Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf,
2. die veränderte Technik bei der Injektion,
3. die Verwendung höherer Dosen,
4. die prinzipielle Vermeidung der Beckenhochlagerung.

Eine genaue Beschreibung der Technik, nebst diesbezüglicher Abbildung ist beigefügt. Mit dem Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf kombiniert, sei die Lumbalanästhesie zur Zeit die humanste Narkose und nach den gemachten Erfahrungen warm zu empfehlen.

4. Der, zwischen dem Moment, in dem die Patientin infolge geringer Dosis noch völlig wach ist und jenem, wo sie sich in voller Narkose befindet, gelegene Zeitraum ist der des künstlichen Dämmerschlafes. Um denselben richtig konstatieren zu können, ist eine genaue Prüfung der Merkfähigkeit anzustellen. Man zeigt der Patientin einen Gegenstand einmal und nach 20—40 Minuten ein zweitesmal mit der Frage, ob sie ihn schon gesehen habe. Diese Prüfung wird über den gan-

zen Geburtsverlauf fortgeführt. Die bejahende Antwort zeigt, daß die Patientin beim erstmaligen Herzeigen bei vollem Bewußtsein, die verneinende, daß sie schon im Dämmerschlaf war. Der am leichtesten zu machende Fehler ist der, den Dämmerschlaf forcieren zu wollen, ein anderer, zu frühzeitig mit den Injektionen zu beginnen, ein die unangenehmen Folgen der Ueberdosierung nach sich ziehender, endlich der, sich in der Dosierung nach den Schmerzäußerungen der Gebärenden zu richten. Nur die Prüfung der Merkfähigkeit bestimmt die Dosierungstechnik. — (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 2, 1907.)

Vomitus gravidarum.

1. **Ueber das unstillbare Erbrechen der Schwangeren (Hyperemesis gravidarum).** Von Dr. Ö. Tuszkai. Ref. Fritz Loeb, München.
2. **Zur Pathogenese und Therapie der Hyperemesis gravidarum.** Von G. Stella. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Tuszkai bezeichnet die durch Schwangerschaft verursachte Hyperemesis als eine der seltensten Komplikationen der Gravidität. Es ist streng zwischen dem während der Gravidität auftretenden Vomitus gravidarum, respektive der hysterischen Hyperemesis der Graviden und der spezifischen Graviditätshyperemesis zu unterscheiden. Spezifische Graviditätshyperemesis kann diagnostiziert werden, wenn a) jene Krankheiten ausgeschlossen werden können, die auch bei Graviden Erbrechen verursachen, wie enterogene Toxämie, Magenaffektionen, Meningitis, Peritonitis, Hydrops etc.; b) wenn sich auch die charakteristischen klinischen Symptome finden: lokale große Empfindlichkeit am Peritoneum des Uterus, die sich bei der bimanuellen Untersuchung nicht nur steigert, sondern auch Erbrechen oder heftigen Brechreiz auslöst; c) wenn das häufige und heftige Erbrechen auch unabhängig von der Nahrungsaufnahme erscheint und in verhältnismäßig kurzer Zeit die Symptome der Inanition sich zeigen. Diese sind: 1. Rasche Abnahme des Körpergewichtes, Abnahme der täglich ausgeschiedenen Urinmenge und der Zahl der roten Blutkörperchen. 2. Zunahme des spezifischen Gewichtes des Urins und des Blutes, ferner Zunahme der Alkalinität des Blutes und der Pulszahl. 3. Auftreten von Eiweiß und Nierenelementen im Harn (Inanitionsniere); im Blute: Gegenwart von Normoblasten und einkernigen Megaloblasten. 4. Rasche Abnahme der Morgentemperatur und demgegenüber febrile, respektive subfebrile Abendtemperatur. 5. Die Steigerung des Ammoniakgehaltes im Urin (Williamscher Ammoniak-Koëffizient als Inanitionszeichen).

Die Symptome der Hyperemesis gravidarum erklären sich aus dem Reizzustand des Peritoneums, der wahrscheinlich infolge seiner individuellen und okkasionellen Eigentümlichkeit lokale Atrophie verursacht und demnach in ursächlichem Zusammenhang mit der Gravidität steht.

Die Prognose ist vom Grade der Inanition abhängig.

Erst bei vollkommener Erfolglosigkeit der konservativen Therapie (lokale Kälte, Wärme, vollkommene Ruhe, große Opiumdosen) darf bei Gefährdung des Lebens der Mutter die Schwangerschaft unterbrochen werden. — (Berl. Klin., Nr. 218, 1906.)

2. Stella führt das Schwangerschaftserbrechen auf eine Insuffizienz der inneren Sekretion der Ovarien zurück und empfiehlt eine Behandlung mit Eierstockpräparaten, 30—60 g frischen Eierstocks entsprechend. Die Behandlung soll nicht zu spät begonnen werden, und man soll sich nicht abschrecken lassen, wenn der Erfolg nur langsam eintritt. — (Gazz. degli osped., 21. Okt. 1906.)

Wochenbett und Stillgeschäft.

1. **Eine neue Milchpumpe.** Von Dr. Kaupe, Bonn. Ref. G. Wiener, München.
2. **Ein Beitrag zur Prophylaxe und Therapie der Mastitis.** Von Dr. Sigmund Stiaßny. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
3. **Zur Pflege der Bauchdecken in der Schwangerschaft und nach der Geburt.** Von Dr. Clemm, Darmstadt. Ref. G. Wiener, München.

1. Es ist manchmal sehr schwierig, Frühgeborenen oder solchen Kindern,



welche sich die Muttermilch nicht selbst durch Saugen zuzuführen vermochten, die mit Hilfe einer Pumpe aus der Brust abgesogene Muttermilch unverändert zu reichen. Der Vf. ließ daher einen Apparat konstruieren, welcher sich an das Ihrahimsche Modell anlehnt, jedoch verschiedene Modifikationen aufweist. Eine genaue Beschreibung, nebst Zeichnung, erläutert das Modell.

Kaupe hat das Verfahren nicht nur bei Säuglingen, welche selbst zum Trinken an der Brust unfähig sind, angewendet, sondern auch, und zwar mit gutem Erfolg, bei Milchüberfluß und Milchstauung, sowie in Fällen, wo Flachwarzen, eventuell schon vor der Geburt, zu prominenten gemacht werden sollten. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 3, 1907.)

2. Stiaßny hält die Biersche Saugung für ein ausgezeichnetes Mittel, einer Mastitis entgegenzuarbeiten, der bereits ausgebrochenen Entzündung oder in Eiterung übergegangenen Erkrankung in vielen Fällen mit Erfolg Einhalt zu gebieten. Bei einem ziemlich großen Material hatte er keinen direkten Mißerfolg zu verzeichnen oder Gelegenheit, schwere Komplikationen bei der Saugung zu beobachten. Man wird die Methode nicht ausschließlich benutzen, sondern individualisieren und die Therapie dem einzelnen Falle anpassen. — (Gynäkol. Rundschau, Nr. 1, 1907.)

3. Clemm erwartet gute Resultate in der Behandlung des schwangeren Bauches durch Anlegung eines denselben von unten her hebenden Heftpflastergürtels, der auch bei Nacht getragen wird und nach einigen Tagen der Erholungspause für die Haut, während deren eine Binde angelegt wird, durch einen neuen ersetzt werden kann.

Auch nach der Entbindung sei der Heftpflastergürtel (nach der Idee des Prof. Rose in New-York) jeder anderen Binde vorzuziehen. Der Verband kann, auch bei späterem Baden, bequem 4—6 Wochen getragen oder durch eine Binde, eventuell die Leibstützbinde „Nedyrhom“ ersetzt werden. Er besteht aus einem Stück Leukoplast, das unten verdoppelt ist und auf dem Rücken Schnallvorrichtungen besitzt. Die Fabrik Beiersdorf & Comp. in Hamburg stellt diesen Verband in drei verschiedenen Größen (1 m, 1·20 m, 1·80 m) her, die Binde „Nedyrhom“ wird von Heinrich Caroli in Lahr in Baden fabriziert. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 3, 1907.)

Zur Aetiologie der spontanen Uterusruptur in der Schwangerschaft. Von Dr. Hans Meyer-Ruegg. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

An der Hand eines selbst beobachteten Falles von spontaner Uterusruptur bespricht Autor die verschiedenen Ursachen, die zu einer Ruptur des Uterus führen können. Es kommen in Frage Schädigungen der Uteruswand infolge Einwucherung von Chorionzotten in die Muskularis bei Traubenmole und Chorionepitheliomen. Einen Fall von Uterusruptur erlebte Vf. infolge wirklicher Adhärenz der Plazenta. Es disponieren ferner zu Rupturen Narben in der Uteruswand, wie sie nach Enukleation eines interstitiellen Myoms oder Kaiserschnitt entstehen. Wiederholt ist eine Uterusruptur beobachtet worden nach vorausgegangener Plazentarlösung, nach Ausschabung und Sondierung des Uterus. In dem fraglichen Falle hatte Patientin vor einigen Jahren ein Exsudat gehabt, das sich allmählich resorbierte, aber eine Uterusfistel hinterließ. Diese führte in den darauf folgenden Puerperien zu einer Uterus-Darmfistel, die sich durch fäkulente Lochien bemerkbar machte. Die Fistel verheilte dann wieder, führte aber in der jetzigen Schwangerschaft an deren Ende durch Ueberdehnung der Uteruswand zu der Ruptur, die trotz sofort vorgenommener Laparatomie zum Exitus der Patientin führte. — (Korr.-Bl. f. Schw. Aerzte, Nr. 18, 1906.)

Ueber Pyelitis gravidarum. Von Dr. Guggisberg. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Ausführliche Schilderung des ganzen Krankheitsbildes, als deren Haupterreger Bacterium coli anzusehen ist. Differentialdiagnostisch kommen besonders Appendizitis und Zystitis in Betracht. Zur Beseitigung der Urinstauung empfiehlt Vf. Bettruhe und Seitenlage, Zuführung

von viel Getränken, um eine gründliche Durchspülung des Nierenbeckens zu besorgen, ferner Füllung und rasche Entleerung der Blase mit 200—300 cm³ Flüssigkeit. Verabfolgung von Milchdiät, bei Infektion der Harnwege Salol oder Urotropin. Führen diese therapeutischen Maßnahmen nicht zum Ziel, lassen weder Lokal- noch Allgemeinerscheinungen nach, hält das Fieber an oder steigt es, so kommt die Unterbrechung der Schwangerschaft in Frage. Haben auch diese Mittel nicht zum Ziele geführt, so ist die Nierenaffektion nach allgemein giltigen chirurgischen Prinzipien zu behandeln. — (Korr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte, Nr. 7, 1906.)

Ein neues Zangenschloß. Von Dr. Rapin. Ref. G. Wiener, München.

Der Vater des Vfs., Prof. Rapin in Lausanne, hat ein Schloß angegeben, welches an jeder Zange verwertet werden kann und wegen der vorspringenden Teile der runden Platten beim Anlegen nicht der Gefahr einer Verschiebung in der Längsrichtung aussetzt. Durch die einfache Konstruktion ist auch die Reinigung der Zange sehr erleichtert. Genaue Beschreibung nebst einer Abbildung ist angefügt. Das Schloß ist zu haben bei H. Windler, Berlin, Friedrichstraße 133a, und Margot, Bandagist, rue neuve, Lausanne, Schweiz. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 3, 1907.)

Ueber Nabelschnurumschlingung und deren vermeintliche Nachteile nach erfolgtem Austritt des Kopfes. Von Dr. Holzbach, Heidelberg. Ref. G. Wiener, München.

Ein Lockern oder Abstreifen der Nabelschnur kann nur dann einen Sinn haben, wenn 1. im Moment des Durchtrittes des Kopfes eine Gefahr für das Kind besteht, die bisher nicht bestand; 2. die unter der Austreibung schon bestehende Gefahr jetzt nach der Geburt des Kindes zu einer Schädigung desselben führt.

Die rein mechanische Strangulation wird kaum je erst unter der Geburt akquiriert werden. Man wird also meistens zum Eingreifen gezwungen werden, solange der Kopf noch in den Geburtswegen steckt. Der durch Zerrung der Schnur bedingten Kompression der Nabelgefäße kommt die Elastizität der Nabelschnur, respektive ihrer Gefäße zu Hilfe. Aus der enormen Seltenheit der sub parte erfolgten Zerreißung des Nabelstranges geht hervor, daß die Schnur rechtzeitig durch Nachgeben der Weichteile, speziell der Plazenta, entlastet wird. Zu einer Unterbrechung der Zirkulation aus diesem Grunde wird es also nicht kommen. Eine Manipulation am Nabelstrang ist daher nicht nötig, und es sei der Hebamme zu verbieten, bei geborenem Kopf den Frauen in die Genitalien zu fassen und nach Nabelschnurumschlingungen zu suchen. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 1, 1907.)

Urologie.

Harnblase.

1. **Die Füllung der Blase mit Sauerstoff zum Zweck der Zystoskopie und Rathiotherapie.** Von Dr. Burkhardt und Dr. Polano, Würzburg. Ref. G. Wiener, München.
2. **Ueber Rezidive von Blasenpapillomen.** Von Prof. M. F. Leguen. Ref. A. Haas, München.

1. Bei Patienten, welche selbst die kleinsten Flüssigkeitsquantitäten gar nicht oder nur mit großen Beschwerden vertrugen, oder mit Blutung reagierten, wodurch die Flüssigkeit stark getrübt wurde, half man sich in der Würzburger Frauenklinik dadurch, daß man die Blase mit chemisch reinem Sauerstoff füllte. Die Entfaltung derselben war dabei für die zystoskopische Untersuchung stets eine genügende und die Deutung des Bildes war nicht schwieriger, als bei Flüssigkeitsfüllung. Es war vor allem frappant, wie tolerant sich die Patienten dem Sauerstoff gegenüber verhielten. Da derselbe keimfrei ist, sind auch keine Embolien zu befürchten. Welche Mengen nötig sind, läßt sich im allgemeinen nicht angeben. Jedenfalls soll die Insufflation sofort unterbrochen werden, sobald die Patienten einen stärkeren Druck verspüren. Die Gefahr einer Blasenruptur besteht jedoch nicht, sofern man nur den Sauerstoff nicht unter hohem Druck ein-

strömen läßt. Die Blase wird mittels Katheder entleert und durch denselben dann der Sauerstoff injiziert. Man nimmt entweder einen gewöhnlichen Gasometer oder eine 120 g-Flasche, die durch Patentpfropfen geschlossen und durch Gummischlauch mit dem Katheder verbunden wird. Durch Auffüllen der Flasche mit 3%igem Wasserstoffsuperoxyd und Zusatz einer Kalium-hypermangan.-Pastille findet ausgiebige Sauerstoffentwicklung statt. 120 cm³ H_2O_2 produzieren zirka 1 l Sauerstoff, in einer Minute wird durchschnittlich 120 cm³ reiner Sauerstoff entwickelt, so daß man zur starken Entfaltung einer normalen Blase ungefähr zwei Minuten braucht. Die Anregung zu dem Verfahren gab der Dräger-Wollbergsche Apparat. 3%iges H_2O_2 ist in jeder Apotheke, das Liter zu 80 Pfg., zu erhalten, die Pastillen liefert die Kaiser Friedrich-Apotheke in Berlin, Karlstraße, 100 Stück zu 2 Mk. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 1, 1907.)

2. Rezidivierende Blasenpapillome sind keine Ausnahmsfälle; das weiß jeder in der Blasenchirurgie einigermaßen Erfahrene. Leguen bespricht diese Rezidive an der Hand eigener und in der Literatur niedergelegter Fälle, unter anderen einer Dame, die im Verlauf von drei Jahren dreimal wegen Papillomen operiert wurde; jedesmal saß der Tumor an einer anderen Stelle der Blase. Die Patientin blieb dauernd — bis jetzt sind es zehn Jahre — rezidivfrei. Die Rezidive der Blasenpapillome sind manchmal bedingt durch unvollständige Ausführung der Operation, dann sind es lokale Rezidive; oft treten sie aber an anderen Stellen der Blasenschleimhaut auf. Will man mit Sicherheit in einem solchen Fall von Rezidiv sprechen, so muß man bei der Operation die ganze Schleimhaut der Blase peinlich genau untersucht haben, da diese Papillome oft von Anfang an multipel und eventuell noch sehr klein sind. Bei Rezidiven kann man keine andere Erklärung finden, als daß das Blasenepithel, das an einem Punkte ein Papillom produzierte, später aus derselben unbekannten Ursache anderswo ein neues Papillom entwickelte.

Die Rezidive sind so gutartig wie die Papillome selbst, zeigen unverändert deren Typus, und haben die gleich günstige Prognose, auch wenn man ihretwegen öfter operieren muß.

Die Diagnose eines Rezidivs kann mit Sicherheit gestellt werden, wenn bei einem wegen Blasenpapilloms operierten Kranken wenige Monate nach der Operation wieder eine Hämaturie auftritt. Das Zystoskop wird dann die Diagnose bestätigen, und zwar wird man den Tumor sicher auffinden, da er, wenn er zu Blutungen führt, bereits eine gewisse Größe erreicht hat.

Therapeutisch kann nur die Operation in Frage kommen; stets soll man auf etwaige gleichzeitig bestehende kleine Papillome achten und diese entfernen oder kauterisieren. — (Wien. med. Pr., Nr. 39, 1906.)

Ueber Harnsäurebefunde bei genuiner Epilepsie. Von Heinrich Stadelmann. Ref. Fritz Loeb, München.

Besonders bei der genuinen Epilepsie sind die Harnsäurebefunde sehr wechselnde. Vf. fand, daß Stunden und Tage vor dem epileptischen Symptom die Harnsäure im Harn geringer war, als es der individuellen Normalität entsprach, daß sie nach dem Symptom in ebenso vermehrter Weise sich im Urin fand. Das Abnehmen und Verschwinden der Harnsäure aus dem Harn war in den einzelnen Fällen ein verschiedenes. Manchmal wurde der Harnsäurebefund während einiger Zeit von Tag zu Tag geringer; andere Male geschah die Abnahme innerhalb einiger Stunden. Das nachherige reichlichere Quantum der Harnsäure im Harn entsprach dem vorhergegangenen Anfalle. Nach dem Quantum der fehlenden Harnsäure und der Zeitdauer des Fehlens konnte ein Schluß gezogen werden auf die Stärke des epileptischen Symptoms. Auffallend erschien, daß die Abnahme der Harnsäure nicht stets einen Anfall im Gefolge haben mußte. Vf. setzt diese Erscheinungen in Analogie mit denen bei Ermüdung. — (Allg. med. Zentralztg., Nr. 46, 1906.)

Beitrag zum Studium der Urinausscheidung bei der Migräne. Von M. A. Bioglio. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Auf der Irrenklinik zu Rom hatte vor kurzem Guidi das Verhalten der Ammoniak- und Harnstoffausscheidung im epileptischen Anfall studiert und in und vor dem Anfall ein Steigen der Ammoniakausscheidung festgestellt. Die Nutzanwendung auf die Hemikranie lag nahe, und Bioglio hat sich der Aufgabe unterzogen, bei fünf Migränefällen diese Verhältnisse klarzulegen. Er fand das Verhalten wie bei Epilepsie nur in solchen Fällen, die auch sonst Beziehungen zur Epilepsie (z. B. in der Aszendenz) aufwiesen; bei den anderen Fällen wurde es dagegen vermißt. — (La Clin. Med. Ital., Nr. 10, Okt. 1906.)

Chemische, physikalische und morphologische Ergebnisse an 240 Spinalpunktionen und deren diagnostische und therapeutische Verwertung. Von J. Cimbal. (Aus der inneren und psychiatr. Abteilung des Krankenhauses Altona.) Ref. F. Perutz, München.

Die Punktionen wurden an 200 teils somatisch-, teils geisteskranken Patienten vorgenommen. Ein Teil war im bewußtlosen Zustand oder wegen Krämpfe zur Aufnahme gekommen. Erheblich gebessert durch die Punktion wurden mehrere Fälle von tieferer Bewußtlosigkeit durch Berauschung und einige Meningitiden. Der Hirndruck erwies sich dabei im Gegensatz zum Blutdruck als erheblich gesteigert. Bei Hämorrhagien fand sich frisches oder älteres Blut im Punktat. Diagnostisch am aussichtsvollsten ist die Punktion bei der Entzündung der weichen Hirnhäute. Tuberkelbazillen wurden in den vier Fällen tuberkulöser Hirnhautentzündung nie gefunden, dagegen war der entzündliche Prozeß durch Anhäufung von Plasmazellen nachzuweisen. Im übrigen ist der Zellgehalt der Flüssigkeit so schwankend, daß die übliche Zellzählung für die Diagnose der Paralyse nur mit Vorsicht zu verwenden ist. — (Ther. d. Gegenw., Nr. 11, 1906.)

Dermatologie.

Drüsenkrebs der Mamma unter dem klinischen Bilde von Pagets disease. Von Dr. J. Kyrle. Ref. Nobl, Wien.

Eine 39jährige Frau zeigt an der linken Mamma in der Warzengegend einen schuppenbedeckten, braunroten, rhagadierten Herd, in der Drüsentiefe einen Knoten. Bei der Biopsie erwies sich der Tumor als Adenokarzinom, der sich unter dem Bilde der Pagets Disease darbietende Hautherd, als sekundär fortgeleitete krebsige Affektion des Warzenhofes. Dieses in der Literatur nur sehr vereinzelt festgehaltene Vorkommnis, läßt darauf schließen, daß eigentlich schon das sogenannte ekzematöse Vorstadium im Sinne der malignen Metamorphose des Plattenepithels zu deuten ist und nicht stets die Oberflächenerkrankung das Anfangsphänomen des Leidens abgeben müsse. Die Karzinommatrix ging in diesem Falle vom Zylinderepithel der Drüsengänge aus. Im übrigen sind auch im klinischen Bilde genügende Abweichungen von den Charakteren des typischen Ekzems gegeben. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 83, H. 2.)

Zwei Fälle von Atoxylintoxikation. Von Dr. M. Brenning. Ref. Nobl, Wien.

Das nunmehr seit etwa fünf Jahren in Gebrauch befindliche, vielfach als ganz unschädlich hingestellte Atoxyl oder Metaarsensäureanilid, mittels dessen es möglich sein soll, eine zehnfach höhere Menge Arsen dem Organismus einzuführen, als es mit der arsenigen Säure geschehen kann, hat sich doch nicht als ganz so harmlos erwiesen, wie man anfänglich anzunehmen geneigt war.

Zwei hiehergehörige Fälle beschreibt Verfasser.

In dem ersten dieser beiden Fälle hatte ein wegen Psoriasis universalis aufgenommener 18jähriger Schlächter zunächst an fünf aufeinanderfolgenden Tagen 0·04, 0·08, 0·12, 0·16 und 0·2, sodann jeden zweiten Tag 0·2 Atoxyl subkutan erhalten. Nach der siebenten Injektion von 0·2 Atoxyl, also einer ganzen Pravazschen Spritze einer 20%igen Atoxyllösung, erkrankte er unter Kopfschmerzen, Einge-

nommensein des Kopfes, Schwindel allgemeiner Mattigkeit, Fieber, welches bis auf 39·7 stieg, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Schwerhörigkeit, so daß er auf dem einen Ohr fast taub war und Trockenheit im Halse. Nach zwei Tagen stellte sich Urinretention ein, so daß Patient zwei Tage lang katheterisiert werden mußte. Dabei klagte Patient über Harndrang. Auch quälte ihn ein trockener Husten, ohne daß objektiv an den Lungen etwas nachweisbar war. Ferner bildete sich immer mehr eine Somnolenz aus, so daß Patient schließlich den Eindruck eines schwer an Typhus Erkrankten machte. Seine Hauptklagen bildeten der Kopfschmerz, welcher keinem Mittel weichen wollte, und der Schwindel. Die Atoxylinjektionen waren natürlich sofort beim Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen ausgesetzt worden. Diese selbst gingen nach Verlauf von fünf Tagen allmählich zurück. Das Fieber hatte nur zwei Tage gedauert. Leichte Schwindelanfälle sowie Schwerhörigkeit waren jedoch noch nach etwa zwei Wochen vorhanden.

In dem zweiten Falle hatte ein 46jähriger Buchhalter ebenfalls wegen Psoriasis universalis Atoxylinjektionen erhalten, und zwar nach vier kleineren Dosen acht ganze Pravazschen Spritzen der 20%igen Lösung, welche ebenfalls jeden zweiten Tag verabfolgt wurden. Auch dieser Patient erkrankte bald nach der achten Injektion von 0·2 Atoxyl unter denselben Erscheinungen als der erste Kranke. Kopfschmerz, Schwindel und Mattigkeit, Schwerhörigkeit und Fieber stellten sich auch diesmal ein. Ebenso Harndrang und Urinretention. In der Harnverhaltung soll eine Erscheinung der Anilinwirkung zu erblicken sein. — (Dermat. Zentralbl. Nr. 5, 1907.)

Ueber Pruritus. Ref. Nobl, Wien.

Als Initialerscheinung des Herpes zoster konstatiert Bettmann Pruritus. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18, 1906.) Er berichtet über zwei Beobachtungen, denen folgende Erscheinungen eigentümlich waren: 1. es entstand bei den Kranken ein Pruritus von ganz besonderer, zosterähnlicher Lokalisation; 2. dieser Pruritus bestand längere Zeit, bis schließlich in dem affizierten Hautbezirke tatsächlich ein Herpes Zoster auftrat; 3. mit dem Ablauf des Herpes Zoster verschwand der Pruritus. Diese Entwicklung veranlaßt, in beiden Fällen eine Beziehung des Pruritus zum Zoster anzunehmen, die schon deshalb beachtenswert erscheint, weil ein derartiges Hautjucken, im Gegensatze zu anderen sensiblen Störungen, keineswegs einen gewöhnlichen Vorläufer des Herpes Zoster darstellt.

Spiethoff weist auf einen abnorm hohen Indikangehalt bei Pruritus hin. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47, 1906.) Trotz Einnahme verschiedener Darmdesinfizientien ergab sich keine Abnahme des Indikans und kein Nachlassen des Pruritus. Als Ursache des hohen Indikangehaltes wurde eine Achylia gastrica gefunden. Dem Kranken wurde nunmehr zu jeder Mahlzeit Salzsäure gegeben. Darauf sank der Indikangehalt langsam, aber stetig; mit dem Indikan verschwand ebenso allmählich der Pruritus. Als der Patient aber eigenmächtig die Salzsäureeinnahme ausließ, stellte sich unter heftigen Prurituserscheinungen wieder eine starke Vermehrung des Indikans im Urin ein. Unter wieder aufgenommener Salzsäurebehandlung trat Nachlassen von Pruritus und Indikanurie ein.

Dem Symptome des Juckens im Verhältnisse zur Basedowschen Krankheit wendet A. Bertels sein Augenmerk zu. Vf. sucht an der Hand eigener Beobachtungen und gestützt auf Literaturangaben (Neißer, Mikulicz) nachzuweisen, daß der Pruritus ein zwar seltenes, aber praktisch beachtenswertes Symptom der Basedowschen Krankheit ist. Er ist wahrscheinlich durch den chemischen Reiz der im Blut im Uebermaß vorhandenen, möglicherweise auch noch qualitativ veränderten Absonderungsprodukte der Schilddrüse zu erklären. Der Pruritus bei der Basedowschen Krankheit würde dann ein vollständiges Analogon bilden zu dem bei Ikterus und Diabetes vorkommenden. (St. Petersburger med. Wochenschr., Nr. 33, 1906.)

Eine Mitteilung von Rothschuh in der Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 40,

1906, ist von therapeutischer Bedeutung und verdient erwähnt zu werden. Vf. spricht von einem Fall von Pruritus vulvae, welcher durch blaues Bogenlicht geheilt wurde. Eine 42jährige Frau litt seit sechs Wochen an heftigem Jucken an den Genitalien, gegen welches eine Menge therapeutischer Maßregeln nutzlos waren. Es wurde aus 2 m Entfernung der Scheinwerfer (15 Ampere Stromstärke) mit der Blendscheibe appliziert, so daß sich der Brennpunkt der Reflektorstrahlen etwa in ¹/₄ m Entfernung von den auf dem Untersuchungsstuhl ausgebreiteten Schenkeln der Patientin befand. Die Applikation wurde in der Dauer von 15 Minuten zwölfmal angewandt, wonach die Patientin sich vollkommen wohl fühlte, gut schlief und keinerlei Entzündungserscheinungen der Genitalgegend mehr aufwies. Ob ein Rückfall eintrat, berichtet Vf. nicht.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Epididymitis gonorrhoica. Ref. E. Spitzer, Wien.

1. **Ueber die Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis und über Versuche, dieselben durch Punktion zu behandeln.** Von Dr. Gustav Baermann, Breslau.
2. **Zur Behandlung der Epididymytis gonorrhoica.** Von Dr. C. Schindler, Berlin.
3. **Ueber Stauungsbehandlung der Epididymytis gonorrhoica.** Von Wilh. König, Bonn.

Die bisherigen Behandlungsmethoden der akuten Epididymitis im Verlauf einer Gonorrhöe bestanden in Ruhigstellung des erkrankten Organs, Bettruhe, kalten oder warmen Umschlägen, Anlegen eines Suspensoriums oder eines Frickeschen Heftpflasterverbandes und Bepinselung der Haut des Hodensackes mit verschiedenen Lösungen, so Lapis, Jod oder Ichthyol.

Allen diesen verschiedenen Behandlungsweisen haftet der Mangel an, die Entzündung des Nebenhodens nicht schnell genug beseitigen zu können, um von Schmerz und Spannungsgefühl zu befreien und um eine völlige Restitutio ad integrum zu erzielen.

Von Velpeau wurde schon die Punktion der Flüssigkeitsansammlung innerhalb der Blätter der Tunica vaginalis empfohlen, doch kam erst in letzter Zeit die Punktions- und Stauungsbehandlung bei akuter Epididymitis zu erweiterter Anwendung.

1. Baermann wies durch Punktionen nach, daß es bei den gonorrhoischen Epididymitiden schnell zu Abszeßbildungen von verschiedener Größe und zu entzündlichen Hydrokelen komme. Die Verschleppung des Gonokokkus geschehe auf dem Wege des Vas deferens; die toxische Theorie für die Entstehung der Epididymitis verwirft er. Die Punktionen ergaben entweder einige Tropfen Eiter oder nur serös blutiger Flüssigkeit, in der Gonokokken gefunden wurden. In alten Epididymitiden könne sich der Gonokokkus viele Monate lebenskräftig erhalten, um erst nach langer Zeit durch eine Gelegenheitsursache zum Aufflackern gebracht zu werden.

2. Systematische Heilversuche bei akuter gonorrhoischer Epididymitis mittels Punktion stellte Schindler an, indem er Fälle von möglichst gleicher Intensität und Dauer nach den bisherigen konservativen Methoden behandelte und gegenüberstehend andere der Punktionsbehandlung zuführte.

Er wollte so den Einwurf entkräftigen, daß vielleicht die Entzündung bei Ruhiglagerung ebenso schnell zurückgegangen wäre. Anderseits nahm er Fälle, bei denen die konservative Behandlung mehrere Tage keine Besserung erzielte, in Punktionsbehandlung. Seine Resultate sind sehr ermutigend und verdienen die Ueberprüfung.

Vf. punktierte mittels Pravaz-Nadel an der Stelle des Nebenhodens, wo er Eiterung vermutete, eventuell wo sich Fluktuation zeigte, und wiederholte diese Punktionen an den folgenden Tagen, auch in einer Sitzung mehreremals, indem er in radiärer Richtung in den Nebenhoden einstach. Manchmal entleerten sich einige Tropfen Eiter, oft nur wenige Tropfen einer serös blutigen Flüssigkeit. Der Erfolg war meist schon nach der ersten Punktion im Nachlassen der

Schmerzen und des Spannungsgefühles zu konstatieren; das Fieber sank noch am selben Tage krytisch oder lytisch. Die Resorption des Entzündungsinfiltrats schien sich auffallend zu beschleunigen. Die Punktion bereitete an und für sich keine Schmerzen und konnte ohne Lokalanästhesie vorgenommen werden. Nach der Punktion applizierte er einen feuchten Verband und darüber warme Umschläge. Auf die Punktion hin traten nie Schmerzen, entzündliche Reizung oder Uebergreifen der Entzündung auf den anderen Nebenhoden ein, vorausgesetzt, daß die Asepsis genau gewahrt wird.

Das Nachlassen der subjektiven Beschwerden durch die Punktion erklärt Vf. damit, daß bei der Punktion sich immerhin einige Tropfen Flüssigkeit entleeren und durch wiederholte Punktionen die den Nebenhoden umspannenden Hüllen geschlitzt werden, was bessere Zirkulations- und Resorptionsverhältnisse für den bisher gespannten Nebenhoden ergeben.

In der Hälfte der Zeit, als durch Ruhe und Kataplasmen allein, ging die Aufsaugung des Infiltrats vor sich, und die Punktionen konnten sehr gut ambulatorisch vorgenommen werden. Leider konnte ein völliges Zurückgehen des Infiltrats auch nicht in allen Fällen erzielt werden. Die anfangs rasch vor sich gehende Resorption kam bei einem gewissen Zeitpunkt zum Stillstand, und es blieb eine mehr oder wenig starke Induration des Nebenhodens zurück.

3. König redet der Stauung bei akut gonorrhoischer Epididymitis sehr das Wort. Während die eine Hand den erkrankten Nebenhoden in die Höhe gibt, wird mit der anderen Hand der gesunde nach abwärts gehalten. Mittels eines mit Watte gut umwickelten Gummischlauches wird nun die Stauung des erkrankten Nebenhodens ausgeführt. Die Technik der Stauung ist nicht schwer, doch bedarf es dabei der größten Sorgfalt und in den ersten Stunden häufiger Kontrolle, ob die Stauungsbinde richtig liegt. „Nicht so die Farbe der gestauten Skrotalhälfte, nicht das sich bildende Oedem, und nicht die Temperatur ist für die richtige Anlegung der Stauungsbinde so maßgebend, als das subjektive Empfinden des Patienten.“ In kaum einer halben Stunde sollen sich die spontanen Schmerzen verlieren. Die Stauungsbinde bleibt bei richtiger Lage 20—30 Stunden liegen und wird dann für 5—20 Stunden entfernt, um das entstandene Oedem durch Hochlagerung des Hodens zum Verschwinden zu bringen und kann dann wieder angelegt werden. (Med. Klin., Nr. 24, 1906.)

Schindler, der eine Anzahl von akuten Epididymitiden auch der Stauungsbehandlung zuführte, schätzt die Punktionsbehandlung für höher, weil die Schmerzen bei der Stauung nicht so prompt verschwinden, und weil die Resorption des Infiltrats bald zum Stillstande kommt, und ferner weil die Stauungsbehandlung nicht ambulatorisch oder bei Komplikationen, wie einer Entzündung des Samenstranges, angewendet werden kann.

Zur experimentellen Uebertragung der Syphilis auf Kaninchenaugen. Ref. E. Spitzer, Wien.

Wie fast an allen Organen luetisch Erkrankter, so konnte auch am Auge der Nachweis der Spirochaeta pallida erbracht werden. H. Bab fand bei syphilitischen Föten Spirochäten in der Substantia propria corneae, im Irisstroma, in der Chorioidea — besonders in der Nähe der Gefäße — und auch im Nervus opticus. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 48, 1906.)

Haensell versuchte als erster 1881, analog der Tuberkuloseimpfung an Tieren, durch Einbringung von syphilitischem menschlichen Material ins Auge von Kaninchen Syphilis künstlich zu übertragen. Er injizierte primäre, sekundäre und tertiäre syphilitische Produkte in die vordere Augenkammer von Kaninchen, und es bildeten sich im weiteren Verlauf Iritis condylomatosa, Hornhautgeschwüre und Gummen des Ziliarkörpers. Die Sektion eines Tieres bestätigte durch den Befund von Gummen in der Leber die gelungene Uebertragung der Syphilis. — (Graefes Arch. f. Ophth., Bd. 27, 3. Abt.)

Im Jahre 1905 nahmen Siegel und Schulze die Impfversuche wieder auf. — (Med. Klin., Nr. 18, 1905.)

Bertarelli konnte als erster die Spirochaeta pallida im geimpften Auge nachweisen. Er hatte eine Aufschwemmung von syphilitischem Primäraffekt in physiologischer Kochsalzlösung in die Kornea eines Kaninchens injiziert. Nach 14 Tagen trübte sich die Kornea und zerfiel nach 69 Tagen geschwürig im Zentrum. Am 72. Tage nach der Impfung enukleierte er den Bulbus und fand im silberimprägnierten Präparat nach Levaditti reichlich Spirochäten, hauptsächlich an der Grenze zwischen normaler und getrübter Kornea. — (Zentralbl. f. Bak., Bd. 41, S. 320.)

Scherber und v. Benedek überprüften die von Siegel mitgeteilten positiven Syphilisimpfungen am Kaninchenauge, indem sie kleine Syphilispartikeln mit Irisverletzung in die vordere Augenkammer von Kaninchen einbrachten und konnten nach 5—7 Wochen das Auftreten einer Keratitis paremchymatosa vom Limbus her beobachten. Zwei mit dem Blute von Luetikern geimpfte Tiere ergaben ein negatives Resultat. Spirochäten im Schnitte konnten Vf. nur in einem Falle und da nicht deutlich nachweisen. Eine Ueberimpfung von einer erkrankten Kaninchenkornea auf einen Macacus rhesus ergab nur eine abortive Syphilis. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 24, 1906.)

Die durch die Impfung gesetzte Reizung vergeht nach einigen Tagen. Erst nach mehreren Wochen trübt sich die Kornea vom Rande her. Es entsteht eine Injektion der Gefäße am oberen Limbus und von hier aus schieben sich neugebildete Gefäße besenreiserartig in die Kornea vor. Während Elschnig noch vor kurzem angab, daß es bisher experimentell nicht gelungen sei, eine der menschlichen Keratitis parenchymatosa gleiche zu erzeugen, bietet diese Impfkeratitis genau das Bild der menschlichen Keratitis interstitialis.

Greef und Clausen fanden bei ihren Impfversuchen massenhaft Spirochäten in den silberimprägnierten Präparaten, aber nur in Flachschnitten, nicht in Querschnitten. Sie führen dies darauf zurück, daß sich die Spirochäten in den Saftkanälen und Lückensystemen der Kornea und zwischen den einzelnen Lamellen bewegen und daher nur auf Flachschnitten mikroskopisch zur Ansicht kommen. Silberimprägnierte Nervenfasern sind von den Spirochäten leicht zu unterscheiden. Bei ihrem Wanderzuge in der Hornhaut ziehen die Syphiliserreger der entstehenden Trübung voraus. In der getrübten Zone, die aus einer Ansammlung von Leukozyten besteht, findet man mikroskopisch keine Spirochäten mehr. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 36, 1906.)

Kraus und Volk, Bruhns und Morgenroth erzeugten, ohne den Spirochätennachweis bringen zu können, am Kaninchenauge flache Hornhautgeschwüre. — (IX. Kongreß d. Deutsch. Dermatol. Gesellsch., Bern 1906.)

Hoffmann erzielte mehrere reizlose Hornhautflecke und fand einmal Spirochäten. — (Dermat. Zeitschr., S. 563, 1906.)

Arthur Schucht legte bei seinen Versuchen viel Augenmerk auf die Impftechnik. Bei 51 Augen, die er impfte, verwendete er teils bloße Stichelung der Kornea, teils machte er Kornealtaschen und schob Syphilisdrüsenstückchen ein oder er eröffnete die vordere Augenkammer mit und ohne Irisverletzung, und schließlich injizierte er zerriebenes syphilitisches Material mit der Pravaz-Nadel in den Glaskörper. Meist verwendete er Inguinaldrüsen menschlicher primärer oder sekundärer Lues. Durchschnittlich 29 Tage brauchte es bis zum Auftreten der Keratitis parenchymatosa, 16 Tage bis zur Entwicklung der Iritis, die bald eine diffuse, bald eine zirkumskripte, kondylomatöse war.

So wie das Auftreten der Keratitis nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Korneaverletzung steht, bildete sich auch eine Iritis luetica, wenn die Iris gar nicht verletzt war, sondern syphilitisches Material direkt in den Glaskörper injiziert wurde.

Der Nachweis der Spirochäten gelang sowohl in der Schnittfärbung nach Levaditti, wie auch im Ausstrichpräparat nach Giemsa, ein Beweis, daß es sich

nicht um die Färbung von Nervenfibrillen oder Kittlinien handelt, wie es Walter Schulze behauptete.

Trotz dieser positiven Impfresultate ist der Nachweis einer eingetretenen generalisierten Syphilis durch Befunde an den inneren Organen, durch serodiagnostische Blutuntersuchungen und durch unzweideutige Ueberimpfung auf Affen noch ausständig. — (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 3, 1907.)

Kinderheilkunde.

Säuglingsernährung.

1. **Ueber Buttermilch und zitronensaures Natron in der Kinderheilkunde.** Von Ernest Majour. Ref. Eugen Binswanger, München.
2. **Ueber den Einfluß des Fettgehaltes der Frauenmilch auf die Gesundheit des Säuglings.** Von H. Berthollet. Ref. Eugen Binswanger, München.
3. **Ueber die Ernährung des Säuglings mit roher Kuhmilch.** Von Louis Huré. Ref. Eugen Binswanger, München.
4. **Die Ernährung mit „holländischer Säuglingsnahrung", einem Buttermilchgemisch — Buttermilchkonserve.** Von Alb. Feuchtwanger. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Das Protylin „Roche" und dessen Anwendung bei Kindern.** Von E. Kraus. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Von den Schwierigkeiten bei der Durchführung der natürlichen Ernährung der Neugeborenen und ihrer Ueberwindung.** Von J. K. Friedjung. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Die Arbeit von Majour zerfällt in zwei völlig getrennte Teile, denn die Anwendung der Buttermilch und des Natronsalzes hat durchaus nichts miteinander zu tun, wie man leicht aus dem Titel annehmen könnte. Vf. berichtet eingangs über die bekannte Geschichte der Verbreitung der Buttermilch und stellt dann aus der französischen Kasuistik 16 Fälle zusammen, welche die „vortrefflichen Resultate bei allen dyspeptischen Zuständen und allen Arten von akuter, subakuter und chronischer Gastroenteritis" beweisen sollen. Auch „bei Rachitis, bei Athrepsie und bei denjenigen Autointoxikationen, die als Urtikaria, Strophulus und Ekzem in Erscheinung treten", soll der therapeutische Wert der Buttermilch ein manifester sein. Bei diesem etwas volltönenden Lobe der Buttermilch als Heilmittel für so verschiedenartige Erkrankungen erscheint es besonders auffällig, daß Vf. über eigene Versuche mit Buttermilch überhaupt nicht verfügt. Diesen von ihm sehr wohl empfundenen Mangel begründet er damit, daß es ihm nicht möglich gewesen wäre, sich für die Universitäts-Kinderklinik zu Toulouse eine einwandfreie Milch und folglich auch keine entsprechende Buttermilch zu beschaffen. Diese doch wohl etwas naive Entschuldigung gleicht wohl mehr einer Beschuldigung, denn für eine Kinderklinik, zumal für eine Universitätsklinik, muß eben eine einwandsfreie Milch und Buttermilch beschafft werden. Wenn der Vf. einen Ausweg aus diesen Schwierigkeiten in der Beschaffung einer einwandfreien Buttermilchkonserve erblickt, so kann man ihm auch dabei nicht zustimmen. Eine Konserve wird nie imstande sein, das frische Präparat vollwertig zu ersetzen. Abgesehen von qualitativen Unterschieden, wird der allgemeinen Verbreitung dieses hervorragenden Diätetikums in Konservenform stets der relativ hohe Preis entgegenstehen. Der springende Punkt ist und bleibt die Beschaffung eines brauchbaren und billigen frischen Präparats.

Die Anwendung des Natronsalzes, der Zitronensäure $(C_6H_5O_7)Na_3 + 11\,H_2O)$ in der Kinderheilkunde ist in Deutschland seither wenig bekannt. Nach Majour soll dieses Mittel das Brechen verhindern und die Verdauung befördern (antiemétique et eupeptique) und dementsprechend bei den Magen- und Darmstörungen leichten Grades sowohl der Brust- als Flaschenkinder günstige Resultate ergeben. Seine Wirkung soll nach Wright, der als erster dieses Salz in der Kinderheilkunde einführte, darin bestehen, daß es die Koagulation der Milch im Magen des Säuglings vermindere und dadurch Verdauung und Resorption fördere. Die von Majour empfohlene Anwendungsweise lautet:

Natr. citric. rec. parat. 5·0.
Aq. dest. ad 300·0.

Von dieser Lösung soll 1 Eßlöffel (also zirka 25 cg) jeder Flaschenmahlzeit zugesetzt werden; Brustkindern soll das Medikament direkt vor dem Anlegen gereicht werden. Majour zitiert die günstigen Erfolge Variôts (7 Fälle) und fügt diesen noch sieben eigene Beobachtungen bei. Bei sechs dieser Kinder, die an leichten Ernährungsstörungen litten, glaubt er einen günstigen Einfluß der erwähnten Medikation beobachtet zu haben, während bei einem Falle, in dem eine schwere chronische Enteritis vorlag, der Erfolg ausblieb. Deshalb hält sich der Autor auch nur berechtigt, das Natr. citric. bei leichten Verdauungsstörungen zu empfehlen. Dem Referenten erscheint auch diese Empfehlung etwas schwach gestützt. Denn abgesehen von der geringen Anzahl der berichteten Fälle, bildet nicht bei allen die Anwendung des zitronensauren Natron die einzige therapeutische Maßnahme, sondern war bei einigen auch von einer Diätänderung begleitet, so daß Zweifel, ob gerade das Natr. citr. die Ursache der Besserung war, nicht bei allen Fällen ohne weiteres von der Hand zu weisen sind. — (Thèse de Toulouse, 1906.)

2. Berthollet macht die Ernährungsstörungen der Brustkinder zum Gegenstand seines Studiums. Bei einer Anzahl solcher Kinder gab die genaueste Beobachtung der Pausen zwischen den Mahlzeiten, der Trinkdauer und aller übrigen in Betracht kommenden Faktoren keinen Aufschluß über die Ursache der Erkrankung. Wurde in solchen Fällen die Milch der Mutter, respektive der Amme einer Untersuchung in Bezug auf ihren Fettgehalt unterzogen, so ergab sich nicht selten ein wesentliches Abweichen von dem durchschnittlichen Fettgehalt, den Berthollet mit 3·8% annimmt. Meist handelte es sich dann um einen über das Mittel erhöhten Gehalt an Milchfett, im Höchstfall bis zu 9·5%. In einigen Fällen war auch der Fettgehalt ein verminderter bis zum Minimum zu 0·75%. Der Prozentgehalt sollte nach Berthollet aus einer Mischmilch bestimmt werden, die aus je 20 cm³ Milch, welche jeweils vor der ersten Mahlzeit am Morgen, in der Mitte der Mittagsmahlzeit und nach der letzten Abendmahlzeit der Brust zu entnehmen ist, besteht. Ob diese Vorschrift bei den von Vf. zitierten Fällen anderer Autoren beobachtet wurde, ist leider aus der Publikation nicht ersichtlich. Da aber natürlich der ganze Wert der zitierten Beobachtungen in allererster Linie von einem einwandfreien Modus der Fettanalyse abhängt, eine Sache, welche mit Rücksicht auf die physologischen Schwankungen des Fettgehaltes durchaus nicht so einfach ist, wie sie auf den ersten Blick scheint, so kann man auch den Schlußfolgerungen Berthollets nur einen sehr bedingten Wert beimessen. Er empfiehlt in einem Falle, in dem der Arzt dem zu hohen Fettgehalt der Frauenmilch die Schuld an den Ernährungsstörungen, respektive dem Nichtgedeihen des Säuglings zuschreiben zu müssen glaubt, eines der folgenden Verfahren oder deren eventuelle Kombination:

1. Man ändert die Lebens- und Ernährungsweise der Amme; 2. man vermindert die Dauer der Mahlzeit; 3. man läßt das Kind die Brust niemals leeren, da erfahrungsgemäß bei Entleerung einer Brust die letzten Portionen die fettreichsten sind; 4. man reduziert die Brustmahlzeiten der Kinder auf die Hälfte und ersetzt sie durch entrahmte und sterilisierte Milch; 5. man wechselt die Amme, wo das möglich ist; 6. wenn das übrige nicht hilft, so stillt man das Kind ab.

Hiezu wäre zu bemerken, daß zwar gegen den Versuch, mit diesen Vorschlägen — zwei und drei sind übrigens doch wohl identisch — zum Ziel zu kommen, nichts einzuwenden wäre, mit Ausnahme des unter 4. und 6. gegebenen Rates. Die vorzeitige, teilweise oder gar völlige Abstillung hieße „das Kind mit dem Bade ausschütten“, und einen sicheren Schaden an Stelle eines vermuteten zu setzen. — Ueberhaupt muß hervorgehoben werden, daß Ernährungsstörungen an der Brust an sich selten sind und sich dann fast ausnahmslos aus einem irrationellen Re-

gime erklären lassen und daher leicht zu beseitigen sind. Ernährungsstörungen auf Grund einer erwiesenermaßen anormalen Beschaffenheit der Frauenmilch dürften — wenn sie überhaupt vorkommen — zu den allergrößten Seltenheiten gehören. Referent hat sie wenigstens bei einem recht zahlreichen und gut beobachteten Material nicht zu Gesicht bekommen. —.(Thèse de Paris, 1906.)

3. Die vorzügliche Arbeit von L. Huré setzt die Vorteile der rohen Kuhmilch über die gekochte oder sterilisierte Milch auseinander und zeigt den Weg, auf welchem man zu einer einwandfreien rohen Kuhmilch gelangen kann und die Erfolge, welche mit dieser zu erzielen sind. Der einzige Vorteil, welchen man von der Sterilisation der Milch erwartet, die Abtötung sämtlicher in ihr enthaltener Keime, ist kein absoluter, denn die bakteriologische Untersuchung solch „steriler" Milch weist in vielen Fällen noch lebensfähige Bakterien nach. Dagegen erleidet die Milch durch Erhitzung und besonders durch Ueberhitzung wesentliche Veränderungen, die nicht gleichgiltig für den Wert dieses Nahrungsmittels sind. Die wichtigsten dieser Veränderungen sind die Abtötung der Fermente und Verminderung des Gehaltes der Milch an gelöstem und resorbierbaren organischen und anorganischen Phosphorverbindungen durch Fällung derselben. Auch Veränderungen des Nuklein-, respektive Lezithingehaltes der Milch durch das Kochen sind nachgewiesen. Die Verabreichung roher Milch läßt diese Schädigungen vermeiden. Doch muß natürlich bei Gewinnung derselben die allergrößte Sorgfalt und peinlichste fachmännische Kontrolle angewendet werden. Die Milchkühe müssen völlig gesund sein, das Melken und die weitere Hantierung unter peinlichster Asepsis vor sich gehen. Auch die Ernährung der betreffenden Kühe bedarf sorgfältiger Kontrolle. Daß diese Forderungen durchaus realisierbar sind und gute Resultate geben, beweisen die Beobachtungen von Huré und anderen französischen Autoren. Aber auch in Deutschland sind, wenn auch vorerst noch in kleinem Maßstab, diese Theorien bereits in die Praxis umgesetzt, und zwar zuerst in Ohorn bei Dresden (cf. Hempel).

Der Wert der Verabreichung einer von pathogenen Keimen freien und an Saprophyten äußerst armen Rohmilch in der Hand des Kinderarztes kann gar nicht hoch genug angeschlagen werden. Wer selbst Gelegenheit hatte, die Erfolge, welche mit einer brauchbaren Rohmilch in geeigneten Fällen erzielt werden können, zu beobachten, der kann wohl — ohne besondere Sehergabe in Anspruch zu nehmen — behaupten, daß gerade im praktischen Verfolg dieser Ideen die moderne Pädiatrie schon in allernächster Zeit schöne Früchte zeitigen wird. In diesem Sinne ist auch die Arbeit Hurés, wenn sie auch nichts wesentlich Neues bringt, für die Propagierung der Idee der Rohmilchverabreichung begrüßenswert. — (Thèse de Paris, 1906.)

4. Feuchtwanger hat mit gewöhnlicher Buttermilch schlechte Erfahrungen gemacht und benutzt daher eine von Staudt & Co. in Vilbel hergestellte, im Laboratorium von Köppe in Gießen kontrollierte Konserve. Sie wird aus mit Milchsäurebazillenreinkultur versetztem saurem Rahm hergestellt; durch Butterung wird das Fett größtenteils entfernt. 1 l Buttermilch werden 60 g Zucker und 15 g Weizenmehl zugesetzt. Die Konserve enthält zirka 2·5% Eiweiß, 0·5% Fett und 3·5% Zucker.

Akute Brechdurchfälle sind von der Buttermilchernährung völlig auszuschließen; dagegen kann man nach den ersten 48 Stunden Wasserdiät rascher mit Buttermilch als mit Kuhmilch beginnen. Indiziert ist sie: 1. bei Fettinsuffizienz, der Ernährungsstörung durch mangelhafte Ausnützung des Fettes, wo sie als fettarme, aber eiweiß- und kohlenhydratreiche Nahrung ganz besonders am Platz ist, 2. bei Empfindlichkeit gegen die gewöhnliche Kuhmilch, 3. bei der Atrophie ohne akute Magendarmstörungen, 4. ihres hohen Kaloriengehaltes wegen bei Frühgeburten, denen die Mutterbrust versagt ist, 5. bei manchen subakuten und chronischen Darmstörungen, falls es sich nicht um Kohlenhydratinsuffizienz handelt; in solchen Fällen hatte Vf. manch-

mal noch Erfolg, wenn er das Weizenmehl aus der Konserve wegließ. Die Vilbeler Anstalt stellt demgemäß noch eine zweite Konserve ohne Mehl her, der Vf. dann noch einen Teelöffel sterilisierten Rahms beifügt; 6. bei ausgebreiteten Ekzemen. Zum Allaitement mixte ist die Buttermilch erst zu empfehlen, wenn das Kind schon einige Wochen alt ist. Die Entstehung von Rhachitis oder Barlowscher Krankheit durch Buttermilchgebrauch hat Vf. nie gesehen.

Was die Dosierung der Buttermilch anlangt, so hat Köppe gefunden, daß der Säugling per Kilogramm Körpergewicht 110—120 cm³ haben muß. — (Zentralbl. f. Kinderheilk., Dezbr. 1906.)

5. Das Protylin ist ein ungiftiges Phosphoreiweißpräparat; es enthält 2·7% Phosphor. Es passiert den Magen unverändert, übt also auf ihn keinen Einfluß aus. Kraus hat das Protylin zuerst bei Rhachitis erprobt. Es hat vor dem bisher viel verwendeten Phosphorlebertran den großen Vorteil der Geschmack- und Geruchlosigkeit. In fünf Fällen waren nach einigen Wochen die rhachitischen Erscheinungen und Knochenveränderungen aufs günstigste beeinflußt worden. Mit Ausnahme eines sehr elenden Kindes von neun Monaten wurden innerhalb 6—10 Wochen Gewichtszunahmen von 1—2 kg erzielt. — Das Protylin ist in Pulver- und Tablettenform im Handel; vom Pulver genügen täglich 1—2 gestrichene Kaffeelöffel, von den Tabletten 4—8 Stück. Die Fabrik stellt auch Eisen- und Bromprotylin her. Ersteres — 2·3% Eisen enthaltend — hat Vf. bei anämischen und chlorotischen Kindern gute Dienste geleistet. — (Zentralbl. f. Kinderheilkunde, Nr. 1, 1907.)

6. Die Einleitung der natürlichen Ernährung begegnet oft eingebildeten, nicht selten aber auch wirklichen Schwierigkeiten. Die erste Voraussetzung zum Gelingen ist der gute Wille der Mutter. Ist er vorhanden, so können Schwierigkeiten vonseiten der Mutter wie des Kindes in Betracht kommen. Bei letzterem kann infolge Lebensschwäche das Saugen erschwert sein. Hier legt man entweder der Mutter ein zweites kräftiges Kind an, um die Milchsekretion in Fluß zu bringen (cave Syphilis!) oder man bedient sich eines Saugapparats. Nicht selten bilden angeborene Spaltbildungen des Oberkiefers und der Lippen ein Hindernis für den Saugakt; man muß hier frühzeitig operieren, im übrigen zum Saugapparat seine Zuflucht nehmen; letzteres gilt auch für die selteneren Fälle von Miß- und Verbildungen des Zentralnervensystems. Ist Verstopfung der Nase die Ursache der Behinderung, so haben wir jetzt in Renoform, Adrenalin etc. gute Mittel, sie durchgängig zu machen; tiefer sitzende Stenosen sind entsprechend zu behandeln. Manche Kinder gedeihen ohne ersichtliche Ursache an der Mutterbrust nicht, ebenso wie sie eine ganze Reihe Ammen verbrauchen, ohne zuzunehmen. In solchen Fällen muß man Zukost geben, eventuell ganz entwöhnen. Manchmal läßt der dauernd „dyspeptische" Stuhl den Gedanken erwägen, abzustillen; diese Indikation besteht aber nicht zu Recht; meist stellt sich im Laufe der ersten Monate normaler Stuhl ein; hie und da nützt auch eine Zukost von Kuhmilch.

Bei der Mutter handelt es sich häufig um rein äußerliche Gründe, die das Stillen verbieten; hier ist meist nichts zu machen, nur ist zu bemerken, daß es schon ein Gewinn ist, wenn die Brust wenigstens einigemal am Tag gereicht werden kann. In dem körperlichen Verhalten der Mutter gelegene Kontraindikationen gibt es zweifellos, doch sind sie selten: weder Tuberkulose noch Epilepsie, noch Vitium cordis noch Emphysem verbieten das Stillen an sich. „Nervosität", „Stechen im Rücken" sind kein Grund, das Stillen zu verbieten, ebensowenig schwere Geburten, oder die Tatsache, daß beim letzten Kind nicht genug Milch da war. Aeltere Erstgebärende und auch ältere Mehrgebärende, bei denen eine große Pause seit dem letzten Kind war, haben oft zu wenig Milch. — Was die Brust anlangt, so ist eine „zu kleine Brust" nie eine Gegenindikation; eine kleine Brust kann sehr milchreich sein. Auch wenn die Milch zuerst sehr wässerig erscheint, lasse man ruhig weiter stil-

len; es kommt vor allem darauf an, daß eine genügende Quantität Milch da ist. — Ernst, oft unüberwindlich sind dagegen die Schwierigkeiten, die dem Stillen aus der schlechten Entwicklung der Brustwarze erwachsen können. Man trifft die Hohlwarze bei arbeitenden Frauen seltener als bei den wohlhabenden Ständen. Ein kräftiger Säugling wird der Schwierigkeiten in leichteren Fällen Herr werden; schwächliche Kinder aber sind ohnmächtig dagegen. Noch größer werden die Schwierigkeiten, wenn sich Rhagaden hinzugesellen. Letztere sind überhaupt einer der häufigsten und berüchtigsten Zwischenfälle. Vorbeugende Behandlung hat wenig Zweck. Die plötzliche Ausdehnung der Mamille führt zu einer Ueberdehnung der Haut, die beim geringsten mechanischen Insult zur Rhagadenbildung führt. Es bleibt nichts übrig, als unter peinlicher Reinlichkeit zum Saughütchen zu greifen; manchmal kann man, wenn kräftig angesogen ist, nachher auch die Mamille selbst ohne besonderen Schmerz fassen lassen. Die wunde Warze ist mit Wasserstoffsuperoxyd zu desinfizieren; nützlich ist auch Aetzung mit 2%igem Höllenstein oder mit Perubalsam; in leichteren Fällen genügt 10%iges Tanninglyzerin. Man kann auch die kranke Brust einige Tage ganz in Ruhe lassen; aber selbst Infiltrate sind keine absolute Kontraindikation gegen das Anlegen; das Saugen des Kindes wirkt ähnlich wie Biersche Stauung. — (Wien. med. Wochenschr., Nr. 33 u. 34, 1906.)

Beitrag zur Tuberkulose des Säuglingsalters. Von Bruck, Köln. Ref. Einstein, Stuttgart.

Kasuistischer Beitrag: Das Kind einer früher tuberkulösen, später aber anscheinend geheilten Mutter wurde von dieser vier Monate lang gestillt und gedieh dabei sehr gut. Nach dem Abstillen kam das Kind in ungünstige äußere Verhältnisse, nahm sofort ab und starb mit sechs Monaten an einer allgemeinen Tuberkulose, bei der Bronchialdrüsen und Lungen am meisten beteiligt waren. Die erste Manifestation der Tuberkulose war eine im dritten Monat aufgetretene Verkäsung des Hinterhauptbeines. Der Infektionsweg ist unsicher, jedoch hält Vf. eine Inhalationstuberkulose für das Wahrscheinlichste. Referent kann diese Meinung nicht teilen: die Mutter hustete ja nicht und das Kind befand sich während der ganzen Stillperiode im Kinderspital, wo es doch wohl auch vor anderen Infektionsquellen sicher war. Interessant ist, daß ein anderes von der Mutter mitgestilltes Kind gesund blieb (Tuberkulinprobe!), was dem Referenten in diesem Fall und vielleicht auch prinzipiell gegen die Behringsche Ansicht von der Uebertragung der Tuberkulose durch die Milch erkrankter Mütter zu sprechen scheint. Im vorliegenden Falle ist vielmehr eine kongenitale Infektion das Wahrscheinlichste. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 49, 1906.)

Ueber Pseudoaszites bei chronisch-dyspeptischen kleinen Kindern. Von G. B. Allaria. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. berichtet über zwei Fälle von Kindern, die mit chronischer Darrhöe, allgemeinem Kräfteverfall und Anschwellung des Leibes erkrankten, und die so täuschend die Zeichen des Aszites erkennen ließen, daß zur Laparotomie geschritten wurde, ohne daß die erwartete tuberkulöse Peritonitis sich fand. Es gibt also bisweilen Veränderungen des Bauchinhalts, die klinisch einen Aszites vortäuschen. Es handelt sich dabei jedoch nicht um entzündliche Infiltrationen oder Fettanhäufung in der Bauchwand, auch nicht um Fettreichtum des großen Netzes, Tumoren etc.; vielmehr liegt ein abnormer Flüssigkeitsgehalt der Darmschlingen vor, deren abnorm langes Mesenterium einen Lagewechsel ermöglicht und so einen Schallwechsel auftreten läßt. — (Rif. Med., Nr. 41, 1906.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Neuere Mittel und Anwendungsformen.

Urocitral.

Urocitral (Theobromin - Natriumcitrat) stellt ein weißes, in warmem Wasser leicht lösliches Pulver von angenehm salzig-bitterem Geschmack und schwach alkalischer Reaktion dar. Es enthält 45% reines Theobromin. Der Gehalt an zitronensaurem Natron unterstützt ganz wesentlich die Wirkung des Theobromins und soll bewirken, daß die bei Diuretin und Agurin beobachteten Nebenwirkungen ausbleiben. Das Präparat wird zur Behandlung anginöser und kardialer asthmatischer Beschwerden, von Wassersucht, Rippenfellentzündung u. s. w. empfohlen und in Dosen von 0·5—1·0 mehrmals täglich, am besten in Zimtwasser gelöst, genommen. Sauer reagierende Zusätze, auch Fruchtsäfte, sind zu vermeiden.

Eine neue Anwendungsart steriler Dauerhefe in der Gynäkologie.

Unter dem Namen Gonoglobuli werden seit kurzem Vaginalkugeln hergestellt, welche 2 g Zymin (das nach dem Bericht von Dr. Paul Krause beste Hefepräparat) und 2 g sterilen Zucker enthalten. Die beiden Substanzen sind auf trockenem Wege zu Kugeln geformt und mit einer leicht löslichen Membran umhüllt. Diese neue Form erscheint schon deshalb sehr zweckmäßig, weil Zymin in einer anderen Arzneiform bei einem, wenn auch geringen Feuchtigkeitsgehalte mit der Zeit seine Gärkraft und damit seine bakteriziden Eigenschaften einbüßt, welcher Uebelstand bei den Kugeln vermieden ist. Es hat sich durch Untersuchung gezeigt, daß in der Tat das in diesen Kugeln eingeschlossene Zymin seine Gährkraft auch nach mehreren Monaten noch nahezu unverändert erhalten hat. Ein weiterer Vorteil ist der, daß die Kugeln, die schon an sich sehr elastisch und geschmeidig sind, durch die leichte Löslichkeit der Membran bei einer Temperatur von 35—38° in wenigen Minuten zu einem sich nicht zusammenballenden Pulver zerfallen.

Die Gonoglobuli werden in der Rosen-Apotheke in München unter ärztlicher Kontrolle hergestellt, auch die Gährkraft des Zymin wird ständig kontrolliert. Hiedurch ist gewährleistet, daß nur ein Zymin von höchster Gärkraft und damit größter bakterizider Wirkung zur Verwendung gelangt. Sie sind zu 5 Stück in Glasröhren luftdicht verpackt und zum Preise von 1·10 Mark erhältlich.

Hydrargyrum lacticum.

Hydrargyrum lacticum wird von Gaucher als Ersatz für die anderen gebräuchlichen Quecksilbersalze zu innerlichem Gebrauch empfohlen. Man erhält es durch Behandeln von rotem Quecksilberoxyd mit 10%iger Milchsäure. Es bildet ein weißes, kristallinisches, in Wasser lösliches Pulver. Gaucher läßt täglich viermal einen Kaffeelöffel voll einer 0·1%igen Lösung in Zuckerwasser oder Milch nehmen. Zu subkutanen Injektionen empfiehlt er 1%ige Lösungen, von denen je 1 cm^3 injiziert wird.

Metharsinat.

Metharsinat wird das monomethylarsensaure Natron genannt, welches unter den Namen Arrhénal und Néoarsycodile seit einigen Jahren von Frankreich aus in den Handel kommt. Man gibt dasselbe in Form subkutaner Injektionen zu 0·05 bis 0·1 g pro Tag oder innerlich zu 0·025 g pro dosi bei Tuberkulose, Sumpffieber, Vomitus gravidarum, Hautkrankheiten.

Morphinum-Bismuthum jodatum.

Morphinum-Bismuthum jodatum, ein dem als Erythrol in Frankreich bekannten Chinchonidinwismutjodid analog zusammengesetztes Doppelsalz aus Bis-

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

muthum jodatum und Morphinum hydrojodicum, wird von A. Robin als schmerzstillendes Wundheilmittel empfohlen. Man soll dem Erythrol soviel des Morphindoppelsalzes beimischen, daß pro dosi etwa 0·025 g Morphin in Anwendung kommt, und die Mischung als Wundstreupulver gebrauchen. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

b) Pharmakologische Präparate.

Curaril. Haltbare Curarezubereitung. Subkutan angewendet gegen Tetanusanfälle, Anfangsdosis 2·4 cm³. 1 cm³ der im Handel befindlichen Curarillösung tötet 50 Mäuse.

Cutal. Aluminium borotannicum. Desinfizierendes Adstringens; gegen Gonorrhöe in 1—2%iger Lösung.

Eriodictyon glutinosum. Fluidextrakt aus gleichnamiger Pflanze, gegen Asthma.

Erodium cicutarium. Als Aufguß 15:180, versetzt mit einigen Tropfen Pfefferminzöl, bei Gebärmutterblutungen empfohlen.

Erosan. Besteht aus 10 g Kaliumsulfoguajakolat, 30 g destilliertem Wasser, 105 g Zuckersirup, 5 g Pomeranzenschalen-Fluidextrakt und 0·3 g Morphinäthylat. Gegen Lungenleiden.

Erythrol. Nitroerythromannit; unlöslich in Wasser, löslich in Alkohol, wirkt gefäßerweiternd. Gegen Asthma. Dosis 0·03—0·06 g.

Esanopheles. Mischung von Chinin, Arsenik, Eisen und Bitterstoffen. Gegen Malaria.

Eucalypteol. Salzsaures Eukalypten. Unlöslich in Wasser, löslich in Alkohol, Chloroform, ätherischen und fetten Oelen. Innerliches Antiseptikum an Stelle von Eukalyptol. Dosis 1·5—2 g täglich.

Extractum Glaucii fluidum. (Glaucium corniculatum, Papaveracee); gegen Diabetes. Dosis dreimal täglich einen halben Teelöffel.

Extractum Quebracho liquidum. Antiasthmatikum. 2—3 Teelöffel voll täglich.

Ferrocolin. Peptonisiertes Guajakol-Eisenalbuminat mit Sirup. Thymoli. Anwendung bei Skrophulose, Bronchialkatarrh, Keuchhusten, Bleichsucht.

Hydrastininum bitartaricum bildet in Wasser leicht lösliche Kristalle und wird in Dosen von 0·03 bis 0·06 g als Hämostatikum gerühmt.

Iridin. Resinoid aus der Wurzel von Iris versicolor. Gegen Amenorrhoe und Leberanschwellungen. Dosis 0·5—0·2 g.

Jatrevin und Javellin. Kondensationsprodukte des Menthakampfers und des Isobutylphenols, leicht löslich in Alkohol, schwer in Wasser und Aether. Anwendung bei akuten und chronischen Katarrhen mittels Inhalation der 2¹/₂ bis 5%igen Lösung. — (Ber. v. Gehe.)

Jod-Lecithin. Dargestellt durch Lösen von Lecithin in Spiritus und Versetzen mit Jodmonochlorid in spirituöser Lösung; Trocknung im Vakuum. Braungelbe, wachsweiche Masse mit 7—8% Jod, leicht löslich in Alkohol und Aether, quellbar im Wasser. Anwendung bei skrofulösen und luetischen Erkrankungen. — (Ber. v. Gehe.)

Jodolen ist ein Jodeiweißpräparat mit 36% Jodgehalt; unlöslich in Wasser, Alkohol und Aether; wird intern in Dosen von 2 g sechs- bis zehnmal täglich als Ersatz für Jodkali angewandt.

Jodquecksilberkakodylat. Zu intramuskulären Injektionen bei Syphilis. 1 cm³ enthält 4·7 mg Quecksilberjodid und 3 cg Natriumkakodylat.

Kalosin. Spirituöser Auszug aus Rad. Urticae, Herb. Cochleariae und Rad. Sarsaparillae, gegen Leber- und Nierenkrankheiten.

Kreoform ist ein Kondensationsprodukt von Kreosot und Formaldehyd; unlöslich in Wasser, löslich in Alkalien, Alkohol und Chloroform; dient als Antiphthisikum in einer Dosis von 1—4 g pro die.

Kreosotum phosphoricum. Phosphorsäureäther des Kreosots. Unlöslich in Wasser, löslich in Alkohol. Dient als Antiphthisikum in einer Dosis von 2 bis **6 g.**

Kreso-Magneol heißt ein aus Kreosot und Magnesia bereitetes Präparat, das den Magen weniger reizen soll als Kreosot.

Lepine. Besteht aus Hydrarg. bichlorat. 0·001, Acid. carbolic. 0·1, Acid. salicylic. 0·1, Acid. benzoic. 0·05, Calc. chlorat. 0·05, Brom. 0·01, Chinin. hydrobromic. 0·2, Chloroform 0·2, Aq. dest. 100·0. Antiseptikum. — (Ber. v. Gehe.)

Medullin. Besteht angeblich aus 500 g Lebertran, 250 g Honig, 62 g Peru-Kognak, 70 g Extrakt von schwarzen Johannisbeerblättern, 50 g Wachholderbeerextrakt und 18 g Zitronensaft. Anwendung bei Asthma und Lungenleiden. — (Ber. v. Gehe.)

Menthorol ist nach Logucki eine Mischung von Menthol (als Geschmacks- und Geruchskorrigens) mit Parachlorphenol, welche in Form von 5—15%igen Glyzerinlösungen zum Pinseln bei Tuberkulose der oberen Luftwege Anwendung findet.

Menthussin wird gegen Keuchhusten sowie Asthma und Bronchialkatarrh angewandt und enthält Extr. Menth. sacch. fluid., Extr. Thymi sacch. fluid. und Sirup. Bals. tolutan.

Methylcamphorat ist der Kampfersäureester des Menthols. Weißer Körper, unlöslich in Wasser und Chloroform, löslich in Alkohol, Aether und fetten Oelen. Anwendung bei Tuberkulose.

Methylum camphoricum. Weiche, weiße Paste, unlöslich in Wasser, löslich in Aether und fetten Oelen. Warmes Wasser wirkt unter Entwicklung von Menthol zersetzend ein. Anwendung bei Tuberkulose in Form von Pillen oder Cachets. — (Ber. v. Gehe.)

Metroglyzerin. Glyzerin mit geringen Mengen von Harzsäureestern präpariert, in 10%iger antiseptischer Lösung. Zu Injektionen bei uterinen Blutungen, Fehlgeburt, Wehenschwäche. Dosis 50 bis 100 cm³. — (Ber. v. Gehe.)

Migränetabletten nach Dr. Fuchs kommen in zwei Formen in den Handel. Die rot etikettierten Tabletten enthalten pro dosi 0·5 g Phenacetin, 0·06 g Kodein, 0·02 g Koffein und 0·2 g Guarana, die grün etikettierten pro dosi nur die Hälfte.

Mirmol. 3 Teile Phenol gelöst in 100 Teilen Formalin. Bei krebsartigen Geschwüren angewendet.

Musculose. Roher Muskelsaft gegen Tuberkulose.

Myrtol ist Myrtenölkampfer; in Alkohol lösliche Flüssigkeit, die als Antiseptikum, Sedativum und Stimulans bei Bronchitis, Lungengangrän u. s. w. in einer Dosis von 1—2 Tropfen mehrmals täglich (in Kapseln) gegeben wird.

Natrium nucleinicum. Mittels aus Hefe hergestellter Nukleïnsäure bereitet, dient nach Mikulicz in 2%iger Lösung (2 Natr. nucleinic. in 100 cm³ physiologischer Kochsalzlösung) in Dosen zu 50 cm³ subkutan als Vorbeugungsmittel gegen Bauchfellentzündung.

Pilulae probilinae nach Dr. Bauermeister, enthalten pro dosi je 0·1 g saures, ölsaures Natron und Salizylsäure neben Phenolphthalein und Menthol. Finden Anwendung bei Gallensteinkolik.

Pilules du Dr. Séjournet gegen Diabetes enthalten pro dosi 0·025 g Santonin. Es soll dreimal täglich eine Pille genommen werden 15 Tage lang.

Piperazin-Phenocoll-Lithionwasser enthält: Piperazinum purum 1·0, Phenocollum purum 2·0, Lithium carb. purum 0·1, Aqua carb. 600.0. Gicht, Nierengrieß, Nieren- und Blasensteine; heilend und schmerzstillend wirkend.

Propionylsalizylsäure wird erhalten durch Einwirkung von Propionsäureanhydrit auf Salizylsäure, bildet weiße, glänzende Blättchen, schwer löslich in Wasser, leichter in Alkohol, Benzol, Aether und Chloroform, und wird empfohlen als Mittel gegen Gicht und Rheumatismus.

Rheumatin (salizylsaures Salizylchinin). Indikation: Akuter Gelenkrheumatismus, besonders in mit Herz- und Nierenleiden komplizierten Fällen, wo andere Präparate nicht vertragen werden. Seine Verwendung muß eingestellt werden, wenn nach mehrtägigem Gebrauch Temperatur, Schmerzen und Schwellungen nicht zurückgehen.

Salibromin (Dibromsalizylsäuremethylester), bildet ein weißes, in Wasser unlösliches, in Alkalien lösliches Pulver von schwachem Geruch; Antiseptikum,

Antipyretikum und Antirheumatikum. 0·5 g vier- bis zehnmal täglich.

Saluminium insolubile, Aluminiumsalizylat; wird dargestellt durch Fällen einer Tonerdesalzlösung mit salizylsaurem Salz und bildet ein weißes oder rötlichweißes, in Wasser unlösliches Pulver, das als Streupulver bei katarrhalischen Affektionen der Nase und des Kehlkopfes, besonders bei Ozaena, dient.

Serthymin ist nach Roth ein mit 20% Zucker vermischter Auszug von Thymusspecies, von dem gegen Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh u. s. w. drei- bis sechsmal täglich ein Kaffeelöffel voll in Zucker- oder Honigwasser genommen werden soll.

Tanosal. Gerbsäureester; ist ein braunes, amorphes, leicht zerfließliches Pulver, welches in Wasser, Alkohol und Glyzerin leicht löslich ist. Es kommt in Form einer Lösung, von welcher 1 Eßlöffel voll 1 g Tanosal entspricht, und in Form von Pillen zu 0·33 g Tanosal in den Handel und dienst als Ersatz für Kreosot.

Thermodin „Merck" (Acetylparaaethoxyphenyluretan) hat sich bei Behandlung von Malaria und anderen fieberhaften Krankheiten, sowie bei Tuberkulose, Pneumonie u. s. w. bewährt. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

Tinctura Silphii lacinati. Aus Stamm und Blättern einer amerikanischen Komposite hergestellt. Dosis 0·5 g bei Atembeschwerden der Phthisiker.

Triphenetolguanidinchloralhydrat wird als Anästhetikum in der Augenheilkunde verwendet. In Lösungen 1:1000 soll dasselbe, ins Kaninchenauge getropft, innerhalb 1—2 Minuten vollständige Gefühllosigkeit erzeugen, ohne Reizerscheinungen oder Giftwirkung.

Triphenin. Homologon des Phenacetins, durch Erhitzen von Paraphenetidin und Propionsäure erhältlich. Antipyretikum und Antineuralgikum. Dosis 0·5 g.

Tuklin. Formalin-Alkoholäther, versetzt mit ätherischem Oel, zur Abtötung von Keimen in den Luftwegen. Gegen Bronchial- und Rachenerkrankungen, Heufieber u. s. w. Anwendung durch Einatmen.

Uralium. Chloralurethan. Hypnotikum. Dosis 2—3 g.

Uriform. Gemisch von Hexamethylentetramin, Palmettemehl, Sandelholzöl und Anregungsmitteln. Anwendung bei Katarrhen der Harnwege.

Urisolvin. Mischung von Harnstoff mit saurem Lithiumcitrat. Gegen harnsaure Diathese.

Urocitral. Theobromin-Natriumcitrat. Weißes, leichtlösliches Pulver von salzigbitterem Geschmack, 45% Theobromin enthaltend. Anwendung bei asthmatischen Beschwerden, Wassersucht, Rippenfellentzündung. Dosis 0·5—1 g mehrmals täglich.

Urocol oder Urol-Colchicin-Tabletten gegen Gicht u. s. w. enthalten 0·5 g Urol (chinasaurer Harnstoff), 0·5 Milchzucker und 0·001 g Colchicin in genauer Dosierung. Vorsichtige Aufbewahrung!

c) Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel.

Kineurin. Chininum glycerinophosphoricum. Leicht löslich in heißem Wasser und Alkohol. Tonicum. Dosis 0·1 bis 0·3 mehrmals täglich.

Korysan heißt das kohlensaure Hämatogen von Dr. Homeyer (Schöneberg). Auch Eubiose ist ein durch Kohlensäure haltbar gemachtes Hämatogen.

Kosin. cristallisatum. Wirksames Prinzip aus den blühenden weiblichen Pflanzen von Hagenia Abyssinica. Gelbe Nadeln, löslich in Alkohol, Aether und Chloroform. Anthelminticum. Dosis 1·5—2.

Lentin = salzsaures Metaphenylendiamin. Gegen akute Durchfälle zu 0·01 g ein- bis mehrmals täglich bei Kindern, bei Erwachsenen je 0·1—0·3 dreimal täglich. Der Harn färbt sich nach Genuß von Lentin dunkel.

Letalbin. Lezith-Albumin. Gelbes Pulver mit Eigelbgeschmack, enthält etwa 20% Lezithin, 75% Eiweiß; der Gesamtphosphorsäuregehalt beträgt 3·62%. Kindernährmittel.

Lysolpillen, Zinssers sind kandierte Pillen, welche je 0·1 g Lysol und Eisen enthalten und finden bei Fäulnis-

zuständen des Darmkanals, sowie bei Anämie und harnsaurer Diathese Anwendung.

M a g n e s i u m p e r h y d r o l. Zusammensetzung: Magnesiumsuperoxyd 15 bis 25%, Magnesiumoxyd 75—85%. Eigenschaften: Farbloses, in Wasser unlösliches Pulver. Anwendung: Mehrmals täglich in Dosen von ½—1 Teelöffel voll in Wasser als Darmdesinfiziens. — (Riedels Ber.)

M a l t o g e n ist ein Malzextrakt, das aus Hannagerste hergestellt wird. Dasselbe bildet braune, glänzende Schuppen und besteht aus 25·7% Maltose, 65·71% Extrakt und 8·59% Feuchtigkeit; außerdem sind 40% karamelisiert.

M a l t o s i k a t. Malzextrakt in Pulverform von Hell. Kräftigungs- und Ernährungsmittel bei Rekonvaleszenz, Unterernährung und zu Mastkuren.

M a n g a n u m a l b u m i n a t u m. Zur Darstellung dieses Präparats versetzt man nach D. Vitali das Eiweiß von drei Eiern nach dem Verrühren mit Wasser, Stehenlassen und Kolieren der Lösung durch Leinwand, vorsichtig unter Rühren mit 30 cm³ ihrer 5%igen Kaliumpermanganatlösung und läßt die braun gewordene Lösung bei 30° verdampfen. Das so gewonnene Präparat, das 3·3%ige Mangan, als Mn_3O_4 berechnet, enthält, bildet dünne, braune, fast geschmacklose Blättchen, langsam in kaltem, schneller in warmem Wasser löslich. Das Manganalbuminat hält sich auch in Lösung unverändert, ist leicht verdaulich und assimilierbar, so daß es therapeutisch auch bei der Behandlung von Kindern mit Vorteil Verwendung findet. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

M e n t h y l g l y c o l a t. Geschmackloser, nicht reizender Körper mit den therapeutischen Eigenschaften des Menthols. Spaltung durch den alkalischen Darmsaft. Anwendung bei gastrischen Störungen, Brechreiz, Erbrechen etc.

M i l c h s o m a t o s e. Somatose aus Milcheiweiß mit 5% organisch gebundenem Tannin. Gegen Verdauungsstörungen, Diarrhöe.

M u k o g e n. Blaue Kristalle, in Wasser fast unlöslich, löslich in Alkohol und Alkalien. Als Abführmittel Dosis 0·1—0·3 g.

M u s i n. Besteht aus 55% Rizinusöl und 45% einer aus Eiweiß, Eidotter und Lävulose bereiteten Mischung. Abführmittel.

M u t a s e. Diätetisches Nährpräparat aus Leguminosen etc. hergestellt.

M y r t i l l a - P a s t i l l e n stellen ein neues Adstringens von angenehmem Wohlgeschmack dar, welches die wirksamen Bestandteile der Heidelbeeren und den natürlichen Gerbstoff derselben an Eiweiß gebunden enthält, wodurch ähnlich wie beim Tannineiweiß seine Wirkung erst im Darm entfaltet wird. Die Pastillen, welche außer diesem Extr. Myrt. cps. noch Zucker und Kakao, sowie etwas Vanille enthalten, leisten gute Dienste bei Diarrhöen und Darmerkrankungen, speziell der Kinder, aber auch bei Erwachsenen. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

N ä h r - R o b o r i n. Feines Gebäckpulver, das aus 10% Roborin, 20% Hühnereiern, Weizenmehl, Kakao und Zucker bereitet ist. Dosis dreimal täglich 1 Eßlöffel, bezw. Kinderlöffel voll in Milch.

N a p h t o l k o h l e ist granuliertes, mit β-Naphtol imprägniertes Pappelkohlenpulver. Als Darmdesinfiziens 3—6 Kaffeelöffel täglich.

N a t r i u m p e r s u l f u r i c u m. In 0·5%iger Lösung zum Gurgeln als Ersatz für Cali chloricum. Intern in Dosen von 0·2 g als Aperitivum.

O l e u m O m p h a l a e m e g a c a r p a e. Aus dem Samen einer in Amerika heimischen Euphorbiacee gewonnen, soll wohlschmeckend und bereits in Dosen von 1—2 g von abführender Wirkung sein.

O r p h o l. Naphtolwismut. Unlöslich in Wasser. Darmdesinfiziens. Dosis für Kinder bis 3 g, für Erwachsene bis 6 g pro die.

O v o f e r i n stellt eine klare, rötliche, fast geruch- und geschmacklose Flüssigkeit dar, wird als Vitellineisenverbindung angesprochen und gegen Chlorose etc. empfohlen. 1 Eßlöffel = 0·6 Fe. Dosis dreimal täglich 1—2 Eßlöffel.

O z a l i n. Gemenge von Eisensulfat, Magnesia und Aetzkalk. Desinfektions-

mittel. Nicht zu verwechseln mit Ozalin, ein aus Milcheiweiß, Reis, Mandelöl und Magnesiumsuperoxyd bestehendes Kräftigungsmittel.

Pararegulin ist eine Emulsion von Extr. Cascarae sagradae mit flüssigem Paraffin in Gelatinekapseln à 3 g Inhalt. Dient zur Regulierung der Darmtätigkeit in einer Dosis von 2—3 Stück pro die.

Phytinum liquidum ist das letzte Stadium in der Phytinbereitung vor der Umwandlung in Pulverform. Das flüssige Präparat kommt in sterilen Originalgläsern als Kassenpackung zu Mark 1·20 die Flasche von der Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel in den Handel. — (Pharm. Post, Nr. 46, 1906.)

Protogen. Ein Reaktionsprodukt aus Albumin und Formaldehyd, aus welchem der Formaldehyd verdrängt ist. Es bildet ein weißes, in kaltem Wasser schwer, in warmem Wasser leichter lösliches Pulver, welches mit Salzsäure und Pepsin nur zum Teil verdaut wird. Trotz dieser unvollkommenen Peptonisation wird das Protogen sehr gut natürlich verdaut und wird im Körper vollständig ausgenutzt. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

Sesamin wird eine wohlschmeckende Sesamölemulsion genannt, welche an Stelle der bekannten Leberthranemulsionen Anwendung finden soll, da das Sesamöl nach Angabe von Eisenstadt den Leberthran nach fast jeder Richtung hin zu ersetzen vermag. Es wird auch Jodeisensesamin, Guajakol-, Santal- und Kampfersesamin in den Handel gebracht.

Sanose. Ein Eiweißpräparat, 80% Kasein und 20% Albumose enthaltend. Stärkungs- und Nährmittel.

Strontium salicylicum bildet farblose, schwer lösliche Nadeln und wird in Dosen von 0·6—1 g als Darmantiseptikum, sowie gegen Gicht und Rheumatismus angewendet.

Tannisol, ein Kondensationsprodukt aus Formaldehyd und Tannin, bildet ein rotbraunes, geruch- und geschmackloses, in Wasser unlösliches Pulver, welches als Darmadstringens und Desinfektionsmittel innerlich zu 0·1—0·5 g mehrmals täglich angewendet wird; äußerlich als Antiseptikum gegen Ausschläge, Hyperhidrosis etc. (H. Wolfrum & Co., Augsburg.) — (Pharm. Ztg., Nr. 103/104, 1906.)

Tanocol ist eine Gerbsäureverbindung des Leims. Das Präparat bildet ein in Wasser fast unlösliches, geruch- und geschmackloses, grauweißes Pulver, welches etwa gleiche Mengen Tannin und Leim enthält und die Eigenschaft besitzt, in sauren Flüssigkeiten, insbesondere im Magensaft, schwer löslich zu sein, dagegen von alkalischen Flüssigkeien, z. B. vom Darmsaft, unter Abspaltung von Tannin gelöst zu werden. Es ist ein sehr wirksames Darmadstringens und hat sich bei der Behandlung akuter und chronischer Enteritiden, auch bei den Darmkrankheiten der Kinder, bewährt. Dosis: mehrmals täglich 1 g für Ewachsene, für Kinder 0·5 g. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

Thymolum carbonicum. Eigenschaften: Weiße, geschmack- und geruchlose Substanz, die in Dosen von 2 g (für Kinder 0·5—1) vier Tage hintereinander als Wurmmittel Anwendung findet.

Tonica Rordorf enthält die Fluidextrakte von Kola und China, ferner Kalk- und Eisenglyzerophosphat, Mangansalz, Pepton und aromatische Kräuter in Süßwein. Es wird als Stärkungsmittel verordnet.

Tot. Gemisch aus Isonaphthol (zwei Teile), Benzoyl-β-Napthol (2 Teile), Abrastol (1 Teil) und vegetabil. Kohle. Innerliches Antiseptikum bei Dyspepsie.

Turicin. Verbindung von Gerbsäure mit Glutanin. Fleischfarbenes, geruch- und geschmackloses Pulver, unlöslich in Wasser und Weingeist. Alkalien und Ammoniak lösen es bei starker Verdünnung mit rosenroter bis blutroter Farbe. Darmadstringens bei Durchfall.

Vanadin-Sanguinal. In Pillenform im Handel. 100 Pillen enthalten Vanadinpentoxyd 0·01, Hämoglobin 1·2, natürliche Blutsalze 5·5, peptonisiertes Muskeleiweiß 5·3. Dosis dreimal täglich 2—3 Pillen.

Vinum Coto-Pepsini besteht aus einem Ansatze der Kotorinde, etwas Chinarinde und des Pepsins im Verhältnisse des offizinellen Pepsinweines, mit Marsalawein. Dem filtrierten Weine ist noch ¹/₂% Validol (valeriansaures Men-

thol), ein vorzügliches, gärungswidriges und appetitanregendes Mittel hinzugefügt. Der Koto-Pepsinwein hat sich als ein gutes Diätetikum und Stomachikum bewährt. Erwachsene nehmen einen Eßlöffel oder ein Likörglas voll, Kinder einen Kaffeelöffel voll nach den Hauptmahlzeiten. — (Ber. von Brückner, Lampe.)

Zimphen = m-Oxycyanzimtsäure. Gelbliche, in Alkohol und Aether lösliche Kristalle, wird bei Atonie von Magen und Darm, da es das Herz, das Nervensystem und die Lunge günstig beeinflußt, empfohlen. In Dosen von 0·5 ruft Zimphen vermehrte Speichelabsonderung, Magensaftabscheidung und Harnsekretion hervor. — (Ber. v. Gehe.)

2. Behandlungsmethoden.

Behandlung des Nachtschweißes der Phthisiker.

Die bisher gegen den Nachtschweiß der Phthisiker angewandten Mittel wirken nur symptomatisch. Da der Nachtschweiß als biochemische Reaktion des Organismus gegen den Eintritt toxischer Substanzen in die Blutbahn aufzufassen ist, so müßte ein kausales Mittel imstande sein, Bakterientoxine zu entgiften und dadurch den ganzen Symptomenkomplex: Frost am Nachmittag, Fieber am Abend und Schweiß in der Nacht, zu beseitigen. Eine solche Wirkung vom Kollargol zu erwarten, war man von vornherein berechtigt, da dasselbe auf Bakterienprodukte katalytisch wirkt, und die Erfahrungen von Wilke bestätigten die Richtigkeit der gemachten Voraussetzung. Fünf Phthisiker des zweiten Stadiums mit reichlichem Husten, schleimig-eitrigem Auswurf, starkem Schweiß in der Nacht, vier davon mit mittelhohem und hohem Fieber, erhielten viermal täglich einen Eßlöffel der 1%igen Kollargollösung. Nach Verbrauch von 2 g Kollargol waren Fieber und Nachtschweiße geschwunden und zurzeit, d. h. nach zwei Monaten, noch nicht wiedergekehrt. Welche Bedeutung ein solcher Erfolg für Ernährungs- und Kräftezustand hat, ist klar. Bei durch schwere Enteritis erschwerter Resorption ist die Inunktion und intravenöse Injektion der Darreichung per os vorzuziehen. Auf lokalisierte Eiterherde wirkt das Kollargol nicht; seine Anwendung hat daher auch differentialdiagnostischen Wert. — (Medico, Nr. 52, 1906.)

Gonorrhöebehandlung.

Prof. Kromayer berichtet über eine bequeme und wirksame Methode, die dem praktischen Arzt eine erfolgreiche Behandlung der Gonorrhöea posterior und der Zystitis ermöglicht. Als lokale Behandlung empfiehlt Vf. für die vordere Harnröhre Einspritzungen mit Albargin 1:2000 bis 1:1000, während die große Toleranz der Blasenhals- und Blasenschleimhaut-Behandlung mit 2—3%iger Albarginlösung gestattet, die durch einen Seidenkatheder eingespritzt wird. Für alle die Fälle jedoch, die wegen großer Empfindlichkeit der Patienten oder besonderer Akuität des Falles eine lokale Behandlung ausschließen und eine interne Medikation erfordern, empfiehlt Vf. den Gebrauch von Balsamizis. In einer großen Zahl von Fällen wurden vergleichende Versuche mit Kawa-Kawin (Kawa-Kawa + Urotropin) und Santyl (Salizylester des Santalöls) angestellt. Dabei erwies sich besonders in den frischen Fällen das Santyl als erfolgreich. Hoch zu schätzen sei das vollkommene Fehlen von Magenreizungen, die den gewöhnlichen Santalpräparaten anhaften; in mehreren hundert Fällen, in denen Santyl verabreicht wurde, ist nie eine Magenstörung beobachtet worden. Die therapeutische Wirkung hält Vf. für höherwertig als die des gewöhnlichen Santelöls. Wie weit dies der Salizylkomponente des Santyls zuzuschreiben ist, läßt Vf. unentschieden. Für den praktischen Arzt komme es vor allen Dingen darauf an, ein Mittel zu wählen, das frei von Reizwirkungen ist, wie es in Santyl vorliegt; selbst Gaben von dreimal täglich 60 Tropfen wurden ohne Nebenerscheinungen vertragen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 1, 1907.)

Sklarek-Hannover tritt energisch für die kombinierte Behand-

lung der Gonorrhöe ein. Es ist nach seiner Erfahrung zweifellos, daß die inneren Mittel, speziell die Balsamika, die Heilung unterstützen, die subjektiven Beschwerden lindern und Komplikationen verhindern. Als geeignetes Balsamikum hat Vf. das Santyl (Santalol salicyl.) erkannt; er betont, daß das Mittel gut vertragen und gern genommen werde, daß auch die therapeutische Wirkung eine gute sei, da es in zum Teil recht schweren Fällen, in denen Ruhe und Diät als Heilfaktoren nicht einmal zu Hilfe genommen werden konnten, gute Erfolge zeitigte. Vor den bisherigen internen Trippermitteln zeichne es sich, außer durch seinen Mangel an Nebenwirkungen, auch durch Geschmack- und Geruchlosigkeit aus. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 36, 1906.)

Die Rezeptur des Protargols behandelt in der Deutsch. med. Wochenschrift, Nr. 7, 1907, F. Goldmann (Berlin). Er macht darauf aufmerksam, daß man Protargollösungen nur mit kaltem Wasser herstellen soll. Es kommen zwei Methoden in Betracht, und zwar:

1. Glyzerin und kaltes Wasser (a. p.) werden in eine Porzellanschale gegossen und mit dem Protargol mittels des Pistills verrieben, so daß eine dickflüssige Pasta entsteht, dann mit Wasser, immer in kleinen Mengen, nachgespült, bis das geforderte Gewicht erreicht ist. Zum Beispiel: für eine Lösung 1:200 werden Glyzerin und Wasser je 10 Tropfen in eine Porzellanschale eingetropft, darauf 1 g Protargol gegeben und mittels des Pistills verrührt, dann mit kleinen Mengen Wasser verdünnt und ausgewaschen mit dem Restquantum des Wassers, bis 200 g erreicht sind.

2. Aufpudern des (1 g) Protargols auf die Oberfläche der erforderlichen Wassermenge (200 g), welche sich in einer möglichst flachen Porzellanschale oder einem weiten Becherglas befindet, dergestalt, daß das Pulver wie ein Schimmelrasen die ganze Wasserfläche bedeckt. Es darf keineswegs mit einem Glasstabe oder einem anderen Gegenstande umgerührt werden, weil sich sonst Klümpchen bilden, die eine lange Zeit bis zur Lösung erfordern. Vf. befürwortet, obgleich von bekannten Klinikern (Neißer) der geringfügige Zusatz von Glyzerin nicht beanstandet wird, die zweite Methode, wenn sie auch gegenüber der ersteren etwas mehr Zeit, etwa 10—15 Minuten, in Anspruch nimmt.

Die Aufbewahrung der Lösungen hat in gelbbraunen Flaschen zu erfolgen, sofern sie nicht sofort, wie in Kliniken, vollständig verbraucht werden.

Die Beobachtung lehrt, daß so hergestellte Lösungen so gut wie gar nicht reizen, ein Zeichen dafür, daß die Oxydation, die durch Mitbenutzung von warmem Wasser oder alten hochkonzentrierten Stammlösungen eintritt, die Reizungen mindestens mitbedingt.

Soll, um jeder Schmerzempfindung von vornherein vorzubeugen, der Protargollösung ein lokales Anästhetikum, z. B. Alypin, hinzugefügt werden, dann kommt allein das Alypin nitricum in Betracht, da reines Alypin eine Trübung der Protargollösung herbeiführt. Auf 1 g Protargol rechnet man 0·1—0·3 g Alypin. nitricum. Die Dosis des letzteren wird entsprechend der Konzentration des Protargols geregelt. Beispielsweise erfordert eine 10%ige Protargolsolution einen Zusatz von 2—3 g Alypin. nitricum. —

Die günstigen Berichte über Arhovin finden an 16 Fällen von Gonorrhöe, welche Arthur Schweitzer mit Arhovin zu behandeln Gelegenheit hatte, Bestätigung.

Vf. betont den Wert der von jeher seitens der Urologen für wichtig gehaltenen internen Therapie der Gonorrhöe, welche durch die von Neißer inaugurierte Injektionsbehandlung mit Silbersalzen im Initialstadium infolge der Nichterfüllung der auf diese gesetzten Erwartungen vorübergehend in den Hintergrund gedrängt wurde, und nunmehr in dem Arhovin über ein zweckmäßiges inneres Harnantiseptikum verfügt.

Für die Mehrzahl der Fälle hält Vf. die kombinierte Therapie (inneres Mittel und lokale Behandlung) für am zweckmäßigsten. Im Initialstadium der akuten Gonorrhöe gab er zunächst nur 4—5 Kapseln Arhovin à 0·25 g pro die inner-

lich. „Der starke Harndrang ließ schon am 4. bis 5. Tage der Verabreichung nach, der Urin wurde klarer, das reichliche eitrige Sediment verminderte sich auffallend rasch.“ Nach Schwinden des Tenesmus und der stärksten entzündlichen Erscheinungen fügte Vf. die Lokalbehandlung hinzu, für welche er Injektionen mit 1—1½% Arhovinöl benutzte. Diese wurden stets „sehr gut vertragen“, nur einzelne Kranke verspürten im Anfange ein unbedeutendes Brennen. Die Resultate der Arhovinanwendung waren sehr gute. Die Beschwerden ließen bald nach, das Sekret wurde weniger und bald gonokokkenfrei. Die völlige Heilung (Urin frei von Fasern!) trat auch in subakuten Fällen in 5—7 Wochen ein.

Unangenehme Nebenwirkungen hat Vf. nie gesehen. — (Monatsschr. f. Harnkrankh., Nr. 11, 1906.)

Behandlung des Erysipels.

In einer Arbeit über die neuesten Heilmittel gegen Erysipel nennt A. Hecht (Beuthen) unter den für den praktischen Arzt zu empfehlenden Mitteln zunächst den absoluten Alkohol. Obwohl bereits 1894 von Salzwedel empfohlen, verdient dieses Mittel von den älteren am meisten Vertrauen, namentlich dann, wenn der Okklusivverband exakt angelegt werden kann, z. B. an den Extremitäten. Schwieriger ist es schon, bei Gesichtserysipel Alkoholverbände anzulegen. Bei Erysipel der Kopfhaut verdient der Alkohol vor allen anderen Mitteln den Vorzug.

Wo dieses Mittel vom Patienten perhorresziert wird, empfiehlt sich die Anwendung des Salokreols und Mesotans. Ersteres wurde von Gnezda erprobt (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 26, 1903); letzteres wird neuerdings von Pautz (Deutsch. med. Wochenschrift, Nr. 31, 1905) sehr gerühmt.

In der neuesten Zeit wurde von Chlumsky der Phenolkampfer gegen Erysipel empfohlen. Er besteht aus

Acid. carbiol. liquefact.	30·0
Camphorae tritae	60·0
Spirit. vini	10·0

Diese Mischung stellt eine wasserklare, nicht ätzende Flüssigkeit dar. Bei frischem Erysipel wird es täglich auf die Haut aufgepinselt, bei älteren Prozessen wird damit getränkte Watte aufgelegt und mit Billroth-Battist bedeckt.

Sodann weist Vf. auf eine Ichthyol-Guajakolmischung hin, die sich ihm seit Jahren bei entzündlichen Prozessen der verschiedensten Art, beginnenden Panaritien und Phlegmonen, bei Lymphangitis, Lymphadenitis, Furunkeln bewährt hat. Die Vorschrift lautet:

Rp. Ichthyoli	
Guajakoli	āā 10·0
Ol. Therebinth.	
Spirit. vini	20·0

Diese Mixtur wirkt nicht nur antiphlogistisch und antipyretisch, sondern auch in hohem Grade schmerzstillend. Auch bei akutem Gelenkrheumatimus, sowie gichtigen Schwellungen fand Vf. diese Verordnung bewährt. — (Ther. Monatsh., Nr. 1, 1907.)

Allgemeinbehandlung der Syphilis.

Löw gibt den Injektionen bei weitem den Vorzug, da die Inunktionen nicht überall und nicht bei jedem Patienten durchzuführen sind, auch nicht mit absoluter Sicherheit die Aufnahme von Quecksilber garantieren. Auch die Quecksilberexantheme und Stomatitiden führt er fast gänzlich auf die bei den Inunktionen sich entwickelnden reizenden Quecksilberdämpfe zurück. Den von ihm bevorzugten Injektionen löslicher Quecksilbersalze haftet vor allem der Nachteil großer Schmerzhaftigkeit an. Kokainzusatz beseitigt den Schmerz nicht vollkommen und bringt Intoxikationsgefahr. Einen wesentlichen Fortschritt in der Injektionsbehandlung bringt die nach Hirsch (Med. Klin., Nr. 9, 1906) hergestellte „Injektion Hirsch“, eine 1%ige Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum mit 0·4% Akoingehalt, von der Vf. täglich 1 cm³ intramuskulär in die Glutäalgegend injizierte. Er konnte die von Hirsch mitgeteilte völlige Reiz- und Schmerzlosigkeit der Injektionen bestätigen. Ein Infiltrat wurde an keinem der so behandelten 20 Patien-

ten beobachtet. Spritze und Kanüle wurden mit Paraffinum liquidum gereinigt. Der therapeutische Effekt war befriedigend; von seiten des Darmes und der Mundhöhle wurden keine Erscheinungen von Quecksilbervergiftung beobachtet. — (Therap. Monatsh., Nr. 11, 1906.)

Schmerzlose Injektion löslicher Quecksilbersalze.

Dr. Theodor Mayer (Prof. Lassars Klinik) konstatierte bei mehr als der Hälfte der mit Sublamin plus Novocain (Sublamin 1·12, bezw. 0·56, Novokain 0·45, bezw. 0·3, Aq. dest. ad 30) behandelten Patienten völlige Schmerzfreiheit nach der Injektion, während die übrigen über mehr oder minder lang dauernde, unangenehme oder schmerzhafte Sensationen klagten.

Die von Hirsch (siehe vorstehendes Referat) gerühmte Schmerzlosigkeit bei Verwendung eines Akoinzusatzes von 0·4% zur 1%igen Hydr. oxycyanat.-Lösung konnte er bestätigen; er injizierte von dieser Lösung (mit besonderem Löungsverfahren hergestellte „Injektion Hirsch") bei Frauen 1 cm³, bei Männern 2 cm³ subkutan unter die Rückenhaut oder intramuskulär in die Glutäen. Die ausgedehntesten, gleichzeitig auch günstigsten Erfahrungen machte er mit folgender vom Apotheker herzustellender Lösung:

I. Hydrarg. cyanat. 1, solve leni calore in Aq. rec. dest. cont. Ac. boric. 1%, 30·0 refrigera. II. Acoini „von Heyden" 0·4, solve in aq. dest. frig. cont. Ac. boric. 1% 70·0 D. i. v. fusco. S. 2, bezw. 1 cm³ zu injizieren. Mit dieser Komposition nahm Vf. 900 Injektionen vor, von denen 93·7% bei jedesmaligem Inquirieren als empfindungslos angegeben wurden. Irgend welche üblen Nebenwirkungen wurden in keinem Falle bemerkt. Der therapeutische Effekt war ein befriedigender und entsprach den äquivalenten Sublimatinjektionen. Da der Akoinzusatz in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Anwendungen zur Empfindungslosigkeit führte, verdient das Verfahren Nachahmung. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 41, 1906.)

3. Rezeptformeln.

Arteriosklerose.

1. Rp. Kal. oder Natr. jodat. 6·0—8·0
   Natr. nitros. 1·0—2·0
   Aq. ad 200·0

D. S. Dreimal täglich ein Eßlöffel voll. — (Senator.)

2. Rp. Tinct. jodi 1·0
   Spir. aether. nitros. 30·0

D. S. Drei- bis viermal täglich 20 bis 30 Tropfen zu nehmen. — (Senator.)

3. Rp. Antisklerosin-Tabletten, eine Originalröhre.

Anfangs täglich zwei Stück, allmählich steigend bis sechs Stück täglich zu nehmen und von Zeit zu Zeit ein bis zwei Tage aussetzen. — (Senator.)

Herzarytmie und nervöse Störungen mit hoher und ungleicher Pulsfrequenz.

1. Rp. Digitalysat. Bürger, Validol. āā 10·0

D. S. Dreimal täglich 25 Tropfen. (Preis 3·15 Mark.)

2. Rp. Digitalysat. Bürger, Tinct. Valerian. aeth. āā 10·0

D. S. Dreimal täglich 25 Tropfen. (Preis 1·20 Mark.)

Für die Anwendung des Saccharins bei Diabetikern und Fettsüchtigen empfiehlt F. Blumenthal (Med. Klinik Nr. 5 1907) folgende Rezepte:

1. Rp. Saccharini solub. 1·8
   Aq. dest. 250·0
   Solve calore, filtra

S. Einfache Saccharinlösung.

2. Rp. Saccharini puri 10·0
   Natr. bicarb. 5·0
   Aq. dest. 1000·0
   Coque ad perf. solut. filtra

S. 1% Saccharinlösung; 100 g entsprechen an Süßigkeit 250 g Zucker, 1 g entspricht 2·5 g, 0·4 g entsprechen 1 g Zucker.

3. Rp. Rad. Rhei cont. 25·0
   Kali carb. 0·5
   Inf. e. aq. dest. 300·0
   Colat. expr. 250·0

adde

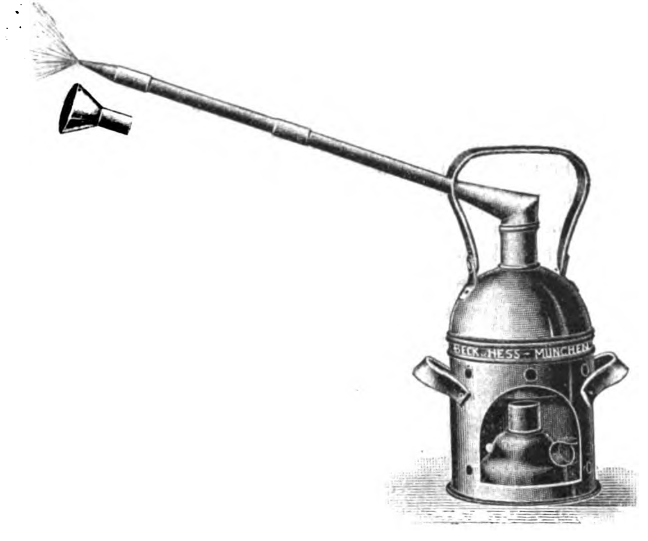
   Saccharini solub. 1·8 g

4. Varia.

Bronchitiskessel.

Der hier abgebildete Inhalier- und Verdampfungsapparat (Bronchitiskessel) dient zur Inhalation bei Erkältungen der Luftwege oder zum Desinfizieren infizierter Wohnräume. Der Kessel wird zur Inhalation dreiviertel mit heißem Wasser unter Beigabe der zu inhalierenden Flüssigkeit (Fichtennadelöl oder Terpentin) gefüllt und diese durch die Spirituslampe zum Verdampfen gebracht. Nachdem man den Spitzansatz aufgesteckt hat, bringt man den Apparat in die Nähe des Patienten. Er ist nun gebrauchsfähig. Zum Desinfizieren von Räumen mit Lysol etc. wird in ähnlicher Weise verfahren, nur setzt man in diesem Fall der Verdampfungsröhre statt des Spitzansatzes die dem Apparat beigegebene Brause auf, wodurch sich binnen kurzer Zeit dicke Wolken desinfizierender Dämpfe entwickeln.

Bei der Herstellung dieses Apparats sind alle Glasteile im Gegensatz zu den bis jetzt gebräuchlichen Inhalationsapparaten vermieden. Der Apparat ist ganz aus Metall gearbeitet und dementsprechend dauerhafter und stabiler. Er wird



fabriziert und in drei Größen (½, 1 und 3 l Inhalt) in den Handel gebracht durch das Spezialhaus für chir. Instrumente und Krankenpflegeartikel von Beck & Heß, München.

Bücher-Anzeigen.*)

Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Des Säuglings Ernährung und Pflege. Anleitung für Mütter aller Stände, Kinder- und Wochenpflegerinnen von Dr. Fritz Toeplitz, Kinderarzt in Breslau. Mit einer Einführung von Professor Dr. A. Schloßmann in Düsseldorf. Verlag von Preuß & Jünger. Breslau 1907. Preis 0·40 Mark.

Ein kleines Heftchen, nur 16 Seiten, und doch, wieviel Segen kann es bringen, wenn es von Müttern, Kinder- und Wochenpflegerinnen sorgfältig gelesen und beachtet wird! Die Schrift dringt darauf, daß jede Mutter, der nicht vom Arzte das Nähren verboten ist, mindestens versuchen soll, zu stillen und sich von unverständigen und unwissenden Beraterinnen von ihrer schönsten Pflicht abdrängen lassen darf. Alle Einzelfragen, wie oft, wie lange das Kind die Nahrung erhalten solle, die Ammenwahl, die Versorgung der Brust, die Lebensweise der Mutter und Amme, finden in kurzer, klarer, leichtverständlicher Sprache ihre erschöpfende Beantwortung. Die künstliche Ernährung wird in leichtfaßlicher Weise kurz und klar behandelt. In einer übersichtlichen Tabelle wird für jeden Monat des ersten Lebensjahres die Zusammensetzung der Nahrung so bestimmt, daß die Leserin es nur aufzuschlagen braucht, um sofort orientiert zu sein, was sie ihrem Liebling geben darf. Auch hier findet man die klare, durch

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

fettgedruckte Ueberschriften noch übersichtlicher gemachte Teilung in kurze Abschnitte. Die Vorbereitung der Milch, die Behandlung von Flasche und Pfropfen, die Nährpräparate, der Soxhletkocher finden ihre Würdigung.

Der letzte Abschnitt, der Säuglingspflege gewidmet, ist in allgemeine Regeln und Einzelvorschriften eingeteilt. Hier findet die Mutter für jede Handreichung bei ihrem Säugling die auf der reichen Erfahrung des Kinderarztes beruhende Anweisung. Mit alten Mißbräuchen wie die Darreichung von Beruhigungsmitteln und mit so manchem alten Aberglauben, welcher so vielen Säuglingen das Leben kostet, geht der Verfasser frisch ins Gericht. Aber auch der durch das „Müllern" besonders verbreiteten Abhärtungswut wird ein Damm gesetzt. Ueber Baden, Mundpflege, Wickeln, das Steckkissen und Kinderbett, Ausgehen und Bewegen des Kindes erfährt die Mutter alles Nötige. Den Absatz 11 über Erkrankung des Säuglings sollte sich jede Mutter eingerahmt in ihre Kinderstube hängen.

Das Büchlein, mit einer warm empfehlenden Einführung von Professor Dr. Schloßmann (Düsseldorf), ist das schönste Geschenk für alle jungen Mütter und — die es werden wollen. G.—

Darmatonie. Vorlesungen über Magen- und Darmkrankheiten, II. Heft. Von Hofrat Dr. Friedrich Crämer. München 1906. J. F. Lehmanns Verlag. 231 Seiten. Preis 4·50 Mark.

Den Vorlesungen über Magenatonie läßt Crämer hier die über Darmatonie folgen, ein Kapitel, das heutzutage zweifellos von vielen Aerzten, auch Magenspezialisten, als Stiefkind behandelt wird. Die alten Aerzte haben auch ohne Autointoxikationstheorie wohl gewußt, warum sie auf das bene purgare so großes Gewicht legten; heute wird mancher, dessen vielfache Beschwerden zweifellos der ungenügenden Stuhlentleerung zur Last zu legen sind, zum Neurastheniker und Hypochonder gestempelt und wandert von Spezialist zu Spezialist, ohne daß ihm geholfen wird. In dem Crämerschen Buche wird das Krankheitsbild der Darmatonie mit liebevoller Ausführlichkeit geschildert, vielleicht etwas zu ausführlich und weitschweifend, doch so frisch und anregend, daß man diese zu große Ausführlichkeit gerne vergißt. Auch der erfahrene Kenner der Verdauungskrankheiten wird manchen neuen Gesichtspunkt aus dem Buche schöpfen.

M. Kaufmann, Mannheim.

Dr. Bierbachs Schreibtischkalender für Aerzte 1907 liegt uns heute in seinem dritten Jahrgange vor. Bei der Besprechung des vorjährigen Kalenders (Februarheft 1906) konnten wir hervorheben, daß „man vergeblich eine so große Reihe für jeden Arzt wichtiger Dinge in so bequemer Zusammenstellung in irgend einem anderen Kalender suche". Heuer hat „der Bierbach" noch eine wesentliche Vermehrung seines praktischen Inhalts gefunden und wird zweifellos den Kollegen, die sich diese Zierde jeden Schreibtisches anschaffen, ein zuverlässiger „Zeitsparer" sein. Er erscheint im Verlag von Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin.

Fritz Loeb, München.

Zur Besprechung eingegangene Bücher:

Kompendium der Arzneiverordnung. Von Dr. Oskar Liebreich und Dr. Alexander Langgard. Nach den Pharmacopoea germanica ed. IV und der neuesten fremden Pharmakopoen. VI. vollständig umgearbeitete Auflage. Berlin W. 1907. Fischers medizinische Buchhandlung H. Kornfeld. 900 Seiten. Preis 15 Mark.

Ueber das Wesen und die Heilbarkeit des Krebses. Von Haker. Leipzig und Wien 1907. Verlag von Franz Deuticke. Preis K 2.

Schweizer Reise- und Kur-Almanach. Von Dr. Hans Loetscher. XIV. Auflage. Zürich 1907. Verlag von Th. Schroeter. Preis 6 Mark.

Schwimmende Sanatorien. Eine klimatotherapeutische Studie von Dr. Karl Diem, Wien. Leipzig und Wien 1907. Verlag von Franz Deuticke. 111 Seiten und zwei Pläne. Preis K 4·80.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Einige Fragen zur pharmakologisch-klinischen Bedeutung der „Stomachika".

Von Dr. **P. Rodari**, Zürich.

Die Medizin hat zu ihrem großen Schaden sich häufig in Extremen bewegt. Zeiten der rein empirischen, oder besser gesagt, der rein gewohnheitsmäßigen medikamentösen Polypragmasie haben mit solchen eines medikamentösen Nihilismus in der Therapie abgewechselt. Ein typisches Beispiel hiefür bieten die Auffassungen über die Therapie der Magenkrankheiten: Auf der einen Seite die gedankenlose Verordnung der verschiedensten „Magenmittel", als Tinkturen, Elixire, Pulver u. s. w., auf der anderen Seite die Negation jeder pharmakodynamischen und klinischen Beeinflußbarkeit von Magenerkrankungen durch Medikamente und die Sucht, ausschließlich in der Diät das Heil zu finden. Beide Standpunkte sind ungerechtfertigt, weil unwissenschaftlich und haben eine gemeinsame Ursache: mangelhafte Kritik und mangelhafte Würdigung der Pharmakologie und Pharmakodynamik der betreffenden Medikamente von seiten der Kliniker und damit ihrer Schüler, d. h. der Praktiker.

Diese Auffassung, die meinem Buche über „medikamentöse Therapie der Magen- und Darmkrankheiten mit Einfügung der speziellen Diätetik" *) zugrunde liegt, hat die ungeteilte Billigung der Kritik gefunden, und ich möchte sie, was die Rolle der Magenmittel anbelangt, von einem allgemeinen praktisch-klinischen Standpunkte aus, folgendermaßen zusammenfassen: Ich möchte folgende Arten von Mitteln oder Agentien unterscheiden, die wir in erweitertem Sinne des Wortes als Magenmittel oder Stomachika bezeichnen dürfen:

1. Mittel, welche auf die anatomische Beschaffenheit der Magenschleimhaut (Entzündungsform, Substanzverlust) sowie auf die chemische Funktion des Drüsenapparates in typischer Weise einwirken. Hiezu gehören verschiedene, unter sich wieder höchst differente Agentien, welche bestimmte Gruppen bilden, so einerseits die Kohlensäure, die Mineralwässer und die salinischen Mittel, anderseits gewisse Adstringentien, wie die Wismut- und Silbersalze und deren Derivate; ferner das Morphin, das Atropin und ähnliche heroische Medikamente.

2. Mittel, welche keinen typischen, auf jeden Fall einen unwesentlichen Einfluß auf die anatomische Beschaffenheit und die chemischen Funktionen des Magens haben, deren Wirkung vielmehr „funktionell", mehr auf die sensiblen Magennerven gerichtet ist. Von ausgesprochener Wirkung sind hier das Kokain und seine Ersatzmittel, sowie etwas schwächer, aber ungefährlich, das Orthoform und Anästhesin, ferner in geringerem Maße die Menthol- und Thymolpräparate und endlich im geringsten Grade von sehr zweifelhafter Wirkung die Bittermittel, die Amara oder Stomachika im engeren Sinne des Wortes.

3. Mittel, welche peptisch wirken, d. h. welche von sich aus verdauen, einen Teil der Verdauungsarbeit des Magens selbst übernehmen und damit die mangelhafte Magenverdauung verbessern. Hiezu gehören die künstlichen Fermente, wie das Pankreatin, Pankreon und vor allem das Papain oder Papayotin, nicht aber, entgegen früheren Annahmen, das künstlich eingeführte Pepsin und die Salzsäure.

4. Mittel, die antifermentativ wirken, d. h. die die Gärungen bei mangel-

*) Verlag **Bergmann**. Zweite erweiterte Ausgabe 1906.

haftem Magenchemismus bekämpfen und einschränken. Es sind dies gewisse Antiseptika und Antifermentativa, z. B. Phenolderivate, wie Resorcin, Salizylpräparate, Thymol, Menthol und als bestes Präparat der Sauerstoff in statu nascendi, d. h. das Magnesiumsuperoxyd.

Die speziellen Indikationen für die Anwendung der einen oder anderen Gruppe oder der Kombination mehrerer Gruppen miteinander liegen natürlich in der individuellen genauen Diagnose und können in dieser kurzen Abhandlung nicht besprochen werden. Einer kausalen Therapie müssen die speziellen Indikationen zugrunde liegen. Neben dieser, der Haupttherapie, spielt auch eine symptomatische medikamentöse Therapie bei verschiedenartigen Magenaffektionen eine große Rolle, und mit dieser wollen wir uns hier kurz befassen. — Die große Mehrzahl der Magenerkrankungen primärer wie sekundärer Natur hat in funktioneller Hinsicht ein objektives Symptom gemeinsam: die mangelhafte Peptonisierung der Eiweißstoffe und die damit Hand in Hand gehende Zunahme der Gärungen und Fäulnisprozesse während der Verdauung. Eine Ausnahme hievon bilden nur die selteneren Zustände mit normalem Chemismus oder mit Steigerung der Sekretion (nervöse Hyperchlorhydrie, Gastritis acida, das typische Ulcus ventriculi). Bei den weitaus häufigeren Erkrankungen mit mangelhaftem Chemismus soll man neben der kausalen Therapie in symptomatischer Hinsicht dieses Manko und dessen Folgen auszugleichen suchen. Mit dieser Aufgabe habe ich mich jahrelang beschäftigt und die mir geeignet scheinenden Medikamente in vitro und in vivo eingehend durchgeprüft. Ich bin dabei von der Anschauung ausgegangen, daß ein Medikament, welches symptomatisch die Folgen der Hypopepsie oder Apepsie bekämpfen soll, dies nur durch eine komplexe Wirkung erreichen kann, welche die Pharmakologie der dritten und vierten oben erwähnten Gruppe in sich schließt, d. h. das betreffende Präparat soll peptische und zugleich antifermentative Eigenschaften haben. Von der Salzsäure können wir nach den Untersuchungen von Riegel, Honigmann, v. Noorden u. a. keine peptische Wirkung verlangen, weil ihre medikamentös zugeführten Mengen viel zu gering sind. Man denke daran, daß 100 Tropfen von Acidum hydrochloricum dilutum bloß 18 g Eiweiß zu verdauen vermögen. Auch ist die verordnete HCl kein Erregungsmittel auf die natürliche Sekretion. Auch von Pepsinpräparaten können wir nicht viel erwarten, wirkt das Pepsin doch nur bei genügend vorhandener Salzsäure und diese genügende Quantität ist eben, wie erwähnt, auf künstlichem Wege nicht erreichbar. Im Gegensatze zum Pepsin ist das Pankreatin nur in alkalischem Medium wirksam und darin liegt gerade die Einschränkung von dessen Verwendbarkeit. Die meisten Magenaffektionen sind ja mit einem teilweisen, aber nicht völligen Manko von Salzsäure verbunden, der Mageninhalt ist hier subazid, also immerhin doch sauer. Die künstliche Verdauung habe ich aus diesen Gründen in einem anderen, heterogenen Präparate gesucht, in dem zu einem Pulver verarbeiteten Milchsafte der Carica Papaia, dem Papain oder Papayotin.

Dieses künstliche Ferment besitzt eine mächtige eiweißverdauende Kraft, so daß 1 g der Substanz bis zu 200 g Eiweiß peptonisieren kann, und zwar ist diese peptische Fähigkeit nicht an eine bestimmte Reaktion des Mageninhaltes gebunden, sie ist in saurem, d. h. leicht saurem, alkalischen und neutralen Medium vorhanden.

Die künstliche Verbesserung des peptischen Prozesses schränkt naturgemäß schon an sich die Neigung zu Gärungen des Mageninhaltes ein, jedoch nur bis zu einem gewissen Grade. Zur Erhöhung dieses letzteren habe ich mit der peptischen Wirkung noch eine direkte antifermentative oder antiseptische kombiniert. Frühere diesbezügliche sehr günstige Beobachtungen mit dem Perhydrol (Wasserstoffsuperoxyd) Merck veranschaulichten mir den großen, von keinem anderen Antiseptikum übertroffenen Wert des Sauerstoffes in statu nascendi als Magenantiseptikum. Aus technischen Gründen und gestützt auf die Be-

obachtungen maßgebender französischer Autoren, wie Gilbert, Jomier, Robin, wählte ich als Träger des Sauerstoffes das Magnesiumperoxyd oder -Superoxyd. So bin ich zu einer Komposition gelangt, die aus Papain, Magnesiumperoxyd, sowie zur direkten Beeinflussung der Darmfäulnisprozesse, noch aus dem hiergegen von Ewald eingeführten Benzonaphthol und einigen indifferenten Bindemitteln besteht.

Die symptomatischen Erfolge mit dieser Komposition, Pepsorthin genannt (πέψις = Verdauung, ὀρθόω = verbessern), haben in praxi meinen theoretischen Erwartungen völlig entsprochen. Das Präparat wird von Sauters Laboratorien in Genf fabriziert und den Herren Kollegen gerne zu Versuchszwecken zur Verfügung gestellt.

Es hat aber, wie erwähnt, ein nur symptomatisches Anwendungsgebiet, neben welchem die kausale Therapie den eigentlichen Heilfaktor bilden muß.

Die Behandlung der Stomatitis mit „Kaubalsam Sahir".

Von Zahnarzt **Müller-Stade,** Berlin.

Bei der Therapie der Stomatitis, sei diese idiopathischer Natur oder als Begleiterscheinung einer Allgemeinerkrankung aufzufassen, spielt der Zustand der Zähne stets eine Rolle. Zahnkaries, scharfe Zahnränder, faulige Zahnwurzeln, schlechtsitzende Prothesen, vor allem auch der fast in jeder Mundhöhle vorhandene Zahnstein geben die Ursache ständigen Reizes der Mund- und Zungenschleimhaut. Eine medikamentöse Behandlung unter solchen Verhältnissen führt nur langsam und unvollkommen zum Ziel. Ja, man kann noch weiter gehen und behaupten, daß in den bei weitem meisten Fällen von Stomatitis der schlechte Zustand des Gebisses ätiologisch bedeutsam ist. Man denke an die Tatsache, daß Stomatitis mercurialis nicht aufzutreten pflegt, wenn bei Beginn einer Quecksilberkur das Gebiß des Patienten einwandfrei ist, ähnlich verhält es sich bekanntlich mit tuberkulöser oder diphtherischer Stomatitis. Die häufigste Form der Stomatitis ist diejenige, welche als Folge jahrelang vernachlässigter Pflege der Zähne auftritt und für die Ritter den Namen Stomatitis sordida eingeführt hat; wie häufig diese Stomatitis sordida ist, kann wohl nur den Zahnärzten bekannt sein. Es ist fast unglaublich, wie oft diese nach ihrer Aetiologie leicht erkennbare Schleimhauterkrankung selbst bei Patienten der besten Gesellschaftskreise vorkommt. Es sollte ja nun eigentlich selbstverständlich sein, daß bei jeder Stomatitis zunächst Sorge getragen wird für Beseitigung solcher Momente, welche ursächlich in Frage kommen können oder doch geeignet erscheinen, den Heilprozeß aufzuhalten. Es geschieht das aber durchaus nicht immer; mag sein, daß der Arzt öfter auf Widerstand stößt, wenn er den Patienten zunächst dem Zahnarzt überweisen will. Jedenfalls ist es Tatsache, daß diejenigen Aerzte, welche ihre Patienten, z. B. bei Einleitung einer Quecksilberkur, prinzipiell vorher zum Zahnarzt schicken, immer noch ziemlich selten sind. Zweifellos ist, daß medikamentöse Behandlung jeder Stomatitis eminent schneller zum Ziele führt, wenn die Zähne in zahnärztlichem Sinne „in Ordnung" sind, als wenn das nicht der Fall ist.

In letzter Zeit hat nun die Firma Ludwig Sensburg in München in Gestalt des „Kaubalsams Sahir" ein Präparat auf den Markt gebracht, das mir geeignet erschien, zur Unterstützung, resp. Nachbehandlung von Stomatitiden Gutes zu leisten. Die gummiartigen Pastillen enthalten die Bestandteile des Betels, die sich beim Kauen aus der Kaumasse herauslösen und so infolge der überaus innigen Berührung mit dem Zahnfleische und durch Herandrücken mit dem Finger an jeder anderen Stelle der Mundschleimhaut intensiv zur Wirkung gelangen können. Ich bin jetzt in der Lage, über die Bestandteile der „Sahir"-Tabletten folgendes mitteilen zu können: Die völlig indifferente Grundmasse besteht aus verschiedenen Harzen, denen Geschmackskorrigentien (Menthol, Vanil-

lin, Cumarin, Rad. Liquir.) zugesetzt sind. Das wirksame Agens ist der im Betel enthaltene Gerbstoff der seinem chemischen Charakter nach ein Anhydrid mehrwertiger Phenole und ihrer Karbonester, vor allem des Protokatechusäurephlorogluzinesters darstellt. Der im Betel enthaltene Farbstoff sowie sonstige Bestandteile desselben (Arecolin) sind ausgeschieden.

Dadurch, daß der „Kaubalsam Sahir" es ermöglicht, die erkrankten Mundschleimhautpartien stundenlang (jede Pastille kann 2—3 Stunden gekaut werden) mit dem Adstringens in innige Berührung zu bringen, erscheint er als wertvolle Bereicherung des stomatologischen Arzneischatzes. Ich kann über verschiedene Fälle berichten, in denen ich ganz vorzügliche Erfolge sah.

Vorausschicken will ich jene, wie schon erwähnt, sehr häufigen Fälle von Stomatitis sordida. In allen Fällen (etwa zwanzig), in denen ich die Wirkung beobachten konnte, war nach wenigen Tagen die Entzündung beseitigt, nachdem selbstverständlich vorher der Zahnstein entfernt worden war. Ein größeres Interesse beansprucht für den praktischen Arzt die Stomatitis mercurialis:

1. Fall. Herr Sch. wurde mir im Juni 1906 zur Mitbehandlung von einem hiesigen Dermatologen überwiesen. Patient ist Luetiker und leidet an hochgradiger Stomatitis mercurialis, welche ihm beinahe jede Nahrungsaufnahme seit 14 Tagen unmöglich macht. Im Munde das typische Bild: das Zahnfleisch ist zum Teil, besonders in der Nähe von Zahnstümpfen ulzerös zerstört und weist zwischen den Zähnen den bekannten stinkigen Belag auf, die Zunge zeigt tiefe Risse. Ekelhafter foetor ex ore! Die Behandlung besteht in Extraktion aller nicht mehr zu konservierender Zahnreste, sorgfältigster Entfernung des massenhaft vorhandenen Zahnsteines und ausgiebiger Anwendung des Höllensteinstiftes. Nach einigen Tagen kann Patient wieder selbst etwas härtere Speisen zu sich nehmen. Kaum aber wird die Quecksilberbehandlung wieder aufgenommen, so kommt auch schon der Patient wieder mit der schönsten Stomatitis, die allerdings infolge Fehlens der die Schleimhaut reizenden Zustände nicht so schmerzhaft ist wie das erstemal, aber doch immerhin dem Patienten eine unsägliche Qual bedeutet. Ich sah nun von allen Maßnahmen meinerseits ab und verordnete dem ganz heruntergekommenen Patienten den ununterbrochenen Gebrauch des „Kaubalsams Sahir".. Und nach drei oder vier Tagen waren die letzten Spuren der Stomatitis verschwunden, das Zahnfleisch hatte eine gesunde, blaßrote Farbe angenommen. Infolge des weiteren Gebrauches von „Sahir" trat kein Rezidiv mehr auf. obwohl die Behandlung sich ungewöhnlich lange hinzog. Anfangs Oktober sah ich den Patienten mit durchaus gesunder Mundschleimhaut wieder.

2. Fall. Herr L., 22 Jahre alt, Gebiß tadellos in Ordnung, wurde vor zwei Jahren an Syphilis behandelt und hatte damals ziemlich heftig unter merkurieller Stomatitis zu leiden, welche von mir mit Chromsäure und antiseptischen Mundwässern bekämpft wurde, ohne daß sie vor Beendigung der Kur gänzlich beseitigt wurde. Im August 1906 unterzieht sich der Patient einer neuen Kur, und der behandelnde Arzt verordnet ihm auf meine Veranlassung von Anfang an den „Kaubalsam Sahir" mit dem bemerkenswerten Resultate, daß nicht die leiseste Stomatitis auftrat. Ich habe den Patienten während dieser zweiten Kur alle zwei Tage gesehen und nie auch nur die geringste Entzündung konstatiert.

3. Fall. Fräulein S., 23 Jahre alt, besuchte mich am 15. Dezember 1906; sie ist seit drei Wochen in dermatologischer Behandlung. Stomatitis mercurialis in mäßigem Grade. Entfernung der Zahnreste und des Zahnsteins und ausschließliche Behandlung mit „Kaubalsam Sahir". Erfolg überraschend. Nach drei Tagen völlig gesundes Zahnfleisch.

Es freut mich, meinen Erfahrungen mit dem „Kaubalsam Sahir" bei merkurieller Stomatitis hinzufügen zu können, daß Herr Prof. Eulenburg, Berlin, welcher neuerdings denselben regelmäßig bei Merkurialkuren zur Verhütung von Stomatitis gebauchen läßt, denselben zu

diesem Zwecke für durchaus zu empfehlen hält.

Ich kann dann noch über einen ganz neuen Fall von Stomacace sordida stomatitis ulcerosa berichten. Es handelt sich um ein 14jähriges junges Mädchen, Elsa B., welches nimmer zu bewegen war, einen Zahnarzt zu besuchen oder auch nur eine Zahnbürste in die Hand zu nehmen. Am 28. Dezember 1906 wurde sie mir von ihrer Mutter zugeführt. Es stellte sich ein teilweise zerfallenes Gebiß dar mit einigen luxierten Zähnen. Das Zahnfleisch ist bläulichrot, geschwollen und von einer üblen, breiigen Masse bedeckt; der Foetor ist fast unerträglich. In der Gegend der oberen linken Bikuspidoten ein deutliches Geschwür, welches das Zahnfleisch bis fast auf den Kieferknochen zerstört hat; an dieser Stelle ist auch die Wange ödematös geschwollen, die Lymphdrüsen linkerseits sind ebenfalls etwas geschwollen. Die Diagnose auf Mundfäule kann also nicht zweifelhaft sein. Die Behandlung erstreckt sich auch hier zunächst wieder auf Entfernung alles dessen, was die Schleimhäute reizt, besonders Extraktion einiger noch vorhandener Milchzahnreste, und Entfernung des Zahnsteins, welcher die Zähne der linken Seite fingerdick bedeckt. Als Kalium hypermanganicum keinen Erfolg zeitigte, ordnete ich Betupfen mit 3%iger Argentum nitricum-Lösung an. Innerlich gab ich Kalium chloricum $^{2}/_{100}$ zweistündlich einen Kinderlöffel voll, außerdem Roborantien. Nach drei Tagen hatte ich die Freude, wesentliche Besserung zu konstatieren, und von da ab bis heute (Ende Jänner) gebraucht die Patientin den „Kaubalsam Sahir", unter dessen Einwirkung die Affektion von Tag zu Tag sich mehr bessert, so daß ich die Heilung als beinahe vollkommen bezeichnen kann. Dieses in verhältnismäßig so kurzer Zeit erzielte Resultat schreibe ich zum guten Teil dem „Kaubalsam Sahir" zu, ganz abgesehen davon, daß Kalium chloricum ja doch nicht viel länger hätte innerlich gegeben werden können, und die Betupfungen, resp. Bepinselungen mit Höllensteinlösung etwas außerordentlich unangenehmes für die junge Patientin waren.

Wenn ich mich zusammenfassend über den „Kaubalsam Sahir" äußern darf, so glaube ich, daß wir in dem neuen Präparat ein willkommenes Mittel zur Unterstützung der Stomatitistherapie an der Hand haben und kann nur der Hoffnung Ausdruck verleihen, daß es zunächst möglichst oft zu weiteren Versuchen herangezogen wird.

Daß das Präparat in der zahnärztlichen Therapie auch bei Behandlung von Pyorrhoea alveolaris gute Dienste zu leisten scheint, sei nur nebenbei erwähnt.

REFERATE.

Innere Medizin.

Herz und Gefäße.

1. **Die Beeinflussung der Herztätigkeit und des Blutdruckes von schmerzhaften Druckpunkten aus.** Von Rumpf, Bonn. Ref. F. Perutz, München.

2. **Die medikamentöse Behandlung der akuten Herzinsuffizienz.** Von A. Fraenkel, Badenweiler. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

3. **Ueber das Digalen.** Von H. Blatt, Marienwerder. Ref. F. Perutz, München.

4. **Die intravenöse Strophantintherapie.** Von Dr. A. Hasenfeld. Ref. Fritz Loeb, München.

5. **Pharmakologische Eigenschaften eines synthetisch dargestellten Suprarenins und einiger seiner Derivate.** Von J. Biberfeld. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

6. **Beitrag zur Wirkung intravenöser Suprarenininjektionen auf die Kaninchenaorta.** Von C. Kaiserling. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Unter Anführung kasuistischen Materials weist Rumpf neuerdings auf die von Mannkopff und ihm festgestellte Tatsache hin, daß bei allgemeinen Neurosen,



die von Neuralgien oder schmerzhaften Druckpunkten begleitet sind, Druck oder Reibung der betreffenden Punkte eine Veränderung der Herztätigkeit und Zirkulation im Gefolge hat. Man kann damit Beschleunigung der Herztätigkeit, Abnahme oder Irregularität des Pulses, manchmal Zyanose, Senkung oder Erhöhung des Blutdruckes hervorrufen. Diese Methode ermöglicht somit einen objektiven Nachweis der von den Patienten geklagten Symptome, ist aber für den begutachtenden Praktiker von geringer Bedeutung, da bei den Kautelen, unter denen diese Prüfung vorzunehmen ist, von Vf. an erster Stelle der Aufenthalt des Kranken in einer Anstalt gefordert wird, außerdem öftere Untersuchungen durch den gleichen Arzt vorausgegangen sein müssen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1907.)

2. In erster Linie ist die sekundäre Herzschwäche von der primären zu unterscheiden. Erstere tritt z. B. ein bei Verblutung, wo ihr durch Kochsalzinfusionen, oder bei Vasomotorenlähmung, wo ihr durch Koffeininjektionen zu begegnen ist. Die primäre Herzschwäche kann absolut sein — letzte Stadien alter Herzleiden — oder sie ist nur relativ — Versagen gegenüber übergroßen Anforderungen. Zu letzterer Form gehört u. a. die Herzschwäche bei Angina pectoris: Amylnitrit, Nitroglyzerin und auch Alkohol wirken hier durch Verminderung des arteriellen Widerstandes. Gegen die absolute Herzschwäche haben wir in der neuesten Zeit in der intravenösen Anwendung von Digitaliskörpern ein souveränes Mittel gefunden. F r a e n k e l verwendet hiezu das Strophantin-Boehringer, das von der Firma Dr. Rade, Berlin SO. 28, gebrauchsfertig sterilisiert zu beziehen ist (10 Ampullen à 1 cm³ 1‰iger Strophantinlösung kosten 2·50 Mark). Man kann gelegentlich mit einer einzigen Injektion von weniger als 1 mg eine gewaltige Diurese hervorrufen und selbst schwere Stauungszustände dauernd und ebenso beseitigen, wie durch eine mehrtägige Digitalisbehandlung; dabei tritt die Wirkung, im Gegensatz zu letzterer, sofort ein und ohne Schädigung der Verdauungsorgane. Meist tritt schon nach 5—10 Minuten im Anschluß an eine Verlangsamung des Pulses eine so erhebliche Verbesserung des Allgemeinbefindens ein, daß sofort das Gefühl der überstandenen Gefahr aufkommt. Es ist nie nötig, über die Einzeldosis von 1 mg hinauszugehen; vor häufigen Einspritzungen ist der Kumulation wegen zu warnen, ebenso darf man kein Strophantin geben, wenn der Patient noch unter Digitaliswirkung steht (etwa wenn die letzte Digitalisdosis innerhalb der letzten 72 Stunden verabreicht worden war). — Noch ist bei der Behandlung der akuten Herzschwäche des Kampfers zu gedenken, dessen Wirkung empirisch — auch experimentell — festgestellt, pharmakologisch aber noch wenig durchsichtig ist. — (Ther. d. Gegenwart, H. 2, 1907.)

3. B l a t t hat das Digalen fast ausschließlich subkutan angewandt und im Gegensatz zu anderen Autoren niemals Reizerscheinungen gesehen. Ebenso hat er das Auftreten von Kumulationserscheinungen vermißt und sieht darin einen ganz besonderen Wert des Präparats. Eine sehr gute Wirkung beobachtete er bei einem Jungen im urämischen Anfall, wo nach dem Aderlaß der klein werdende Puls durch Digaleneinspritzung sich rasch erholte. — (Die Heilkunde, Jänner 1907.)

4. Die i n t r a v e n ö s e S t r o p h a n t i n t h e r a p i e hat A. H a s e n f e l d (Budapest) zum Gegenstand einer beachtenswerten Publikation im „Budapesti Orvosi Ujság" Nr. 51, 1906, gemacht. Er weist darauf hin, daß die medikamentöse Therapie der Zirkulationsstörungen selbst in den Händen des erfahrensten Klinikers oft erfolglos ist. Digitalis ist gelegentlich nicht imstande, einen Erfolg aufzuweisen. Eine neue Methode ist die von **Fraenkel** empfohlene i n t r a v e n ö s e A p p l i k a t i o n d e s B o e h r i n g e r schen S t r o p h a n t i n s. H a s e n f e l d erprobte dieses Verfahren an seiner Abteilung für Herzkranke am Elisabeth-Armenhaus in Budapest.

Das zur Verwendung gelangte S t r o p h a n t i n kommt in kleinen eingeschmolzenen Glasphiolen sterilisiert in den Handel; letztere enthalten in 1 cm³ Wasser 0·001 Strophantin aufgelöst. H a s e n-

feld applizierte die Strophantininjektionen in 14 Fällen, die alle zu den schwersten gehörten. Bei ihnen konnte man mit den gewöhnlichen Herzmitteln nichts erreichen, bei einigen gefährdete die Schwere der Zirkulationsstörungen direkt das Leben. Bei neun Kranken war Erfolg zu konstatieren, bei vier war er verblüffend; bei fünf konnte keine Besserung erreicht werden. Die Kranken vertrugen die Injektionen sehr gut, einigemale stellte sich vorübergehender Brechreiz ein. Die Wirkung des Strophantins äußert sich am auffallendsten darin, daß die sehr frequenten Kontraktionen und die frequente Atmung nachlassen und sich bessern. Diese Besserung stellt sich in einigen Stunden ein. Die Diurese tritt nicht so rasch auf, wie dies Fraenkel beschreibt. Die Injektionen haben eine besonders sedative Wirkung. Kranke, die wochenlang an quälender Schlaflosigkeit litten, konnten in der der Injektion folgenden Nacht in der Regel ruhig schlafen. Mehr wie 3—4 Injektionen bekam ein Kranker nicht. Oft genügte eine einzige. Man kann mittels Strophantininjektionen oftmals schöne Erfolge erreichen, wenn schon andere Verfahren die Zirkulation nicht mehr bessern können. Das sind jene Fälle, wo das ungenügend wirkende Herz noch immer über eine bestimmte Reservekraft verfügt, die das schnell und energisch wirkende Strophantin zur Geltung bringen kann. Dort, wo das Herz keine Reservekraft besaß, konnte auch das Strophantin den tödlichen Ausgang nicht verhindern.

Hasenfeld meint, daß in sehr schweren Fällen von Zirkulationsstörungen die intravenösen Strophantininjektionen eher angezeigt sind als die von Kottmann empfohlenen Digaleninjektionen oder Digitaloninjektionen nach Mendel, da die gefäßkontrahierende Wirkung des Strophantins weniger energisch ist, als die der Digitalis, welcher wegen dieser Eigenschaft oft Verschlechterung hervorrufen kann. Nicht ganz gefahrlos sind die Strophantininjektionen bei solchen Zirkulationsstörungen, die von hohem Blutdruck begleitet sind. In solchen Fällen mache man vor der Injektion einen Aderlaß, wodurch eine Gefäßrhexis resp. Apoplexie verhindert werden kann. Auch den Chirurgen empfiehlt Vf. das Strophantin; vielleicht ist man damit imstande, die während resp. nach der Chloroformnarkose auftretende, das Leben des Kranken gefährdende Herzschwäche zu bekämpfen. Gewiß wird es mit gutem Erfolge dort anzuwenden sein, wo vor der Operation die Herzkraft rasch gebessert werden muß. — (Nach ungar. med. Presse Nr. 1, 1907.)

5. Das Suprarenin synthetisch darzustellen, war für die Chemie ein erstrebenswertes Ziel, einmal, da die aus Nebennieren dargestellte Substanz nie ganz rein zu erhalten, dann auch, weil die Art der Darstellung sehr kostspielig ist. Die zuerst in den Höchster Farbwerken (von F. Stolz) hergestellten synthetischen Ersatzpräparate, ihrer Konstitution nach Aminoketone, zeigten zwar qualitativ die Adrenalinwirkung, jedoch fünfzigmal schwächer als das natürliche Suprarenin. In neuerer Zeit nun ist es den Höchster Farbwerken gelungen, die Aminoketone durch Anlagerung von zwei Wasserstoffatomen zu reduzieren, und die pharmakologische Prüfung der so gewonnenen Aminoalkohole hat Biberfeld ausgeführt. Er prüfte so den Methylaminoalkohol, den Aethylaminoalkohol, den Dimethylaminoalkohol und den Aminoalkohol. Auf Grund der Prüfung läßt sich aussprechen, daß der Methylaminoalkohol, das eigentliche synthetische Suprarenin, auch klinisch dem natürlichen gleichwertig sein wird. Das zweite und dritte Präparat kommt nicht in Frage, da beide schlechter wirksam sind, besonders geringere Blutdrucksteigerung erzeugen. Dagegen dürfte eine klinische Erprobung des Aminoalkohols am Platze sein, da er auf die peripheren Gefäße anscheinend ebensogut wirkt wie Suprarenin, dabei aber, wenigstens für Kaninchen, erheblich weniger giftig als dieses ist. — (Med. Klinik Nr. 45, 1906.)

6. Eine große Anzahl Autoren hat bei intravenöser Adrenalininjektion bei Ka-



ninchen Atherom der Aorta gesehen — Kaiserling in acht Fällen nicht. Wenn ein erfahrener Autor sich dergestalt in Widerspruch mit zahlreichen anderen setzt, so ist er zu einer Erklärung seiner abweichenden Befunde verpflichtet. Vf. hält es für möglich, daß die Nahrung Einfluß hat, daß vielleicht spontane Arterienverkalkung beim Kaninchen vorkommt, und stellt folgende Fragen: 1. In wieviel Prozent kommen beim Kaninchen Aortenverkalkungen ohne Einverleibung toxischer Substanzen vor? 2. Hat Alter, Rasse und Lebensweise einen Einfluß auf diese Spontanaffektion? 3. Wie kommt es, daß nur bei intravenöser Einverleibung die Wirkung zustande kommt, nicht auch bei anderen Darreichungen? (Ist auch bei Verabreichung per os schon beobachtet. Der Ref.) 4. Sind andere Methoden der Blutdrucksteigerung imstande, ähnliche Erkrankungen zu erzeugen? 5. Wie verhalten sich andere Tiere? — Der Beantwortung dieser Fragen wird man mit Interesse entgegensehen dürfen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2, 1907.)

Pleuritis.

1. Die Diagnose der eitrigen Pleuritis beim Kinde. Von M. E. Apert, Paris. Ref. Einstein, Stuttgart.

2. Ueber Pulsationen der Thoraxwände bei Pleuraergüssen. Von Spiro Livierato. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

3. Die Behandlung der exsudativen Pleuritis. Von A. Fraenkel, Berlin. Ref. Eugen Binswanger, München.

1. Im Anschluß an Pneumonie auftretende Abmagerung, Blässe, starke Schweiße, mangelhafte Resolution der Lungensymptome müssen stets an die Diagnose des Empyems denken lassen. Häufig wird die Fehldiagnose der Lungentuberkulose gestellt. Der Erguß ist oft nur gering und nur bei ganz leiser, symmetrischer Perkussion des Thorax, besonders seiner Seitenflächen, festzustellen. Der Stimmfremitus muß in der Axillarlinie geprüft werden, da auf dem Rücken durch die Fortleitung des Schalls von einer Thoraxhälfte zur anderen ein Irrtum leicht möglich ist. Die Dünne der Thoraxwandung verführt oft dazu, das scharfe Bronchialatmen aus bronchopneumonischen Herden auf Kavernen zurückzuführen. Kalte tuberkulöse Pleuraabszesse sind sehr selten; die Färbung des durch Probepunktion gewonnenen Eiters auf Bakterien gibt übrigens meistens Sicherheit. Gewöhnlich findet man Pneumokokken, seltener Streptokokken (nach Scharlach), Kolibazillen (nach Appendizitis).

Die Prognose ist beim Pneumokokkenempyem günstig. Einfache Punktionen führen höchstens bei ganz frischem und abgesacktem Empyem zum Ziel, meistens ist Thorakotomie mit Rippenresektion nötig. — (Wien. med. Presse Nr. 44, 1906.)

2. Den in der Literatur bis jetzt bekannten 64 Fällen von Pleuritis pulsans (sie werden alle mit den wichtigsten Daten aufgeführt) fügt Livierato zwei eigene Fälle hinzu. Statt Pleuritis pulsans wird gewöhnlich der Ausdruck Empyema pulsans gebraucht, und das mit Recht; denn von den bekannten Fällen handelte es sich nur bei sechs um nichteitrige Pleuritiden. Der Sitz des Exsudats ist meist links; nur in vier Fällen war er rechts. Man unterscheidet Formen, wo die Pulsation die ganze oder fast die ganze Seite betrifft, ohne Kontinuitätstrennung: Empyema intrapleurale sive diffusum, und solche, wo die Pulsation nur an der Stelle einer Kontinuitätstrennung sich findet: Empyema extrapleurale, subcutaneum sive circumscriptum. Mit Vorliebe trifft die Affektion das männliche Geschlecht und das Alter von 20—30 Jahren. Die Intensität der Pulsation ist eine sehr verschiedene, kaum wahrnehmbar bis zur Erschütterung des Bettes führend. Die Pulsation ist manchmal an Stellen am intensivsten, die gar nicht mehr in den Bereich des Thorax gehören. Ueber die Entstehung des Phänomens ist viel geschrieben worden: es ist klar, daß zum Zustandekommen desselben vor allem nötig ist, eine große Flüssigkeitsmenge unter beträchtlichem Druck in einem Hohlraum mit gespannten Wänden; die Flüssigkeit wird durch die Herzaktion unter solchen Umständen in

Mitschwingung versetzt; selbstverständlich ist die Pulsation immer synchron der Herzaktion. Daß ein hoher Druck nötig ist, erhellt daraus, daß nach Abzapfung eines Teiles der Flüssigkeit die Pulsation verschwindet. Alle anderen Faktoren: Kompression der Lunge, Atelektase, Distention des Septum mediastino-pericardiacum, Resistenzverminderung der Thoraxwand etc. sind nur sekundär. — (Gazz. degli osped., 2. Dez. 1906.)

3. Der inhaltsreiche Vortrag des hervorragenden Klinikers A. Fraenkel berücksichtigt in besonderem Maße den Standpunkt des praktischen Arztes und scheint deshalb zu etwas ausführlicherem Referate an dieser Stelle besonders geeignet.

In der Aetiologie, in der bisher die „Erkältung“ als Hauptfaktor galt, fällt nach Fraenkel der Tuberkulose die beherrschende Rolle zu. Mehr als ein Drittel der exsudativen Pleuritiden sind tuberkulösen Ursprungs. Ein weiterer großer Teil hängt mit gleichzeitigem oder vorausgegangenem Rheumatismus zusammen. Für die Behandlung bedingt die Aetiologie keinen wesentlichen Unterschied. Maßgebend hiefür ist vielmehr das Stadium der Entzündung, bei welchem in altherkömmlicherweise ein Stadium incrementi, acmes und decrementi festgehalten wird, und die Größe des Ergusses.

Der zu Beginn meist vorhandene Schmerz wird durch kleine, innerliche Gaben eines Narkotikums oder subkutane Morphiuminjektion ermäßigt, welche Medikation gleichzeitig auch den weiteren Vorteil bietet, daß sie den quälenden Husten unterdrückt. Weiterhin kommen Priesnitzsche Umschläge und eventuell eine Eisblase ad locum dolentem in Betracht.

Unter den Mitteln, welche der fortschreitenden Ausschwitzung Einhalt gebieten sollen, haben die Salizylpräparate nur bei rheumatischer Grundlage des Leidens Erfolg. Auch von schweiß- und harntreibenden Mitteln hält Fräenkel im Stadium incrementi nicht viel, empfiehlt sie jedoch im dritten Stadium zur Förderung der Resorption. — Die hauptsächlichste therapeutische Maßnahme ist die Punktion und Aspiration, wozu Fraenkel bereits in relativ früherem Stadium rät. Keineswegs ist die Indicatio vitalis abzuwarten, sondern es soll bereits bei erheblicher Verdrängung der Nachbarorgane und bei dauerndem Klagen über Atembeschwerden punktiert werden. Die Punktion wird bereits mit Vorteil vorgenommen, wenn die Dämpfung hinten bis zur spina scapulae, vorn etwa bis zur dritten Rippe gestiegen ist. Unverzüglich muß punktiert werden, wenn das Exsudat den ganzen Thoraxraum einer Seite erfüllt. Die Wirkung ist nicht nur eine rein mechanische, sondern zweifellos auch eine resorptionsbefördernde. Der Entleerung des Exsudates hat stets die Probepunktion voranzugehen, von welcher allein oft schon eine deutliche Anregung der Resorption beobachtet wird. Sie soll daher möglichst frühzeitig ausgeführt und ihre Wirkung ein bis zwei Tage abgewartet werden. Die Probepunktion ist unerläßlich, besonders auch bei abgesackten pleuritischen Ergüssen, die oft nur in minimaler Ausdehnung der Seitenwand anliegen. Sie wird mit der Pravezschen oder besser Luerschen Spritze ausgeführt. Die Entleerung des Exsudats hat durch Aspiration zu erfolgen. Am besten geschieht dies durch das sogenannte Heber-Verfahren. An einem ca. 75 cm langen Gummischlauch wird an einem Ende der Trokar angeschlossen, am anderen eine Klemme angebracht. Nadel und Schlauch sind vor dem Einstechen mit einer 2—3%igen Borsäure zu füllen, alsdann wird die Klemme angelegt und das freie Ende des Schlauches mit einer auf dem Boden stehenden sterilisierten Flasche verbunden. Ihr Hals ist mit einem doppelt durchbohrten Gummipfropfen verschlossen, dessen eine Bohrung zur Aufnahme eines gläsernen knieförmigen Verbindungsstückes mit dem Schlauch dient. Um den Lufteintritt in die Pleurahöhle mit Sicherheit auszuschließen, empfiehlt es sich den in der Flasche befindlichen Schenkel des Kniestückes in eine auf den Flaschen-

boden befindliche 2—3 cm hohe Schicht von Borsäurelösung eintauchen zu lassen. Das Absaugen der Flüssigkeit vollzieht sich nach Lüftung der Klemme entsprechend der verhältnismäßig geringen Saugkraft ohne jede Gewalt und langsam. Ist es nötig, die gefüllte Flasche zu entleeren, oder hat man die Aspiration beendet, so darf man die vorherige abermalige Anlegung der Klemme nicht versäumen. Empfehlenwert ist auch der Potainsche Apparat. Vor der Punktion soll zur Unterdrückung von Hustenstößen 0·05—0·01 Morph. hydrochlor. gereicht werden. Bei großen, den ganzen Brustfellraum einnehmenden Ergüssen soll am besten in Rückenlage zwischen Mammillar- und Axillarlinie punktiert werden, bei rechtsseitigem Exsudat im vierten, bei linksseitigem im fünften Interkostalraum. Auch bei großen Exsudaten soll nicht mehr als 2—2$^1/_2$ l auf einmal abgelassen werden. Der Abfluß muß unterbrochen werden, wenn starker Husten oder heftiger Brustschmerz auftritt, oder wenn der Puls schwach wird. Im Stadium der Aufsaugung des Exsudats sind kräftig wirkende Diuretica (z. B. Sol. Kal. acet. 25:200 oder Theobrom. natrio-salicyl. in Tagesdosis von 4 g oder eventuell kleine Digitalis- bezw. Strophantusmengen) zur Resorptionsbeförderung angezeigt, daneben Hautreize in Form von Pinselungen der kranken Seite mit Jodtinktur, oder Einreibungen mit einer Jodseifensalbe (Jodi puri 0·1, Kal. jod. 2·0, Sap. kalin., Lanolin aā 10·0). Neuerliches Ansteigen des Exsudats, ebenso wochen- oder monatelanges Bestehenbleiben eines Exsudatrestes sind Indikationen zur Wiederholung der Punktion, um dauernde Kompression der betreffenden Lungenpartien und deren Folge zu vermeiden. Den Schwerpunkt der Therapie aber verlegt Fraenkel auf die Frühentleerung der Ergüsse, da nur diese Schrumpfungszustände der Lunge und das bekannte Bild des „Rétrécissement thoracique“ zu vermeiden gestattet. Treten trotzdem Adhärenzen der Pleurablätter auf, so haben wir in methodischer Atemgymnastik ein gutes Mittel zu deren Dehnung. Man lasse die Patienten lange Zeit hindurch jeden Tag ein- bis zweistündlich, 5—10 möglichst tiefe In- und Exspirationen machen und verbinde damit mindestens zweimal am Tage Freiübungen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1907.)

Infektionskrankheiten.

1. **Fibrin, ein Schutz- und Heilmittel.** Von Dr. Salo Bergel, Hohensalza. Ref. Eugen Binswanger, München.
2. **Die Stauungshyperämie bei akuten Infektionen.** Von G. Fichera. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Ueber einen Fall von geheiltem schweren allgemeinen Tetanus.** Von Glänzel, Meiningen. Ref. F. Perutz, München.
4. **Ergebnisse der Tollwutimpfung in Neapel.** Von Calabrese und Russo. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Die modernen Theorien über Immunität und die endovenösen Sublimatinjektionen.** Von F. Mariani. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Milzbrandinfektion, durch intravenöse Sublimatinjektionen geheilt.** Von A. Leonardi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Die Wirkung der Röntgen-Strahlen auf die Malariainfektion.** Von A. Demarchi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Das Vorhandensein antitoxischer und bakterizider Eigenschaften im Blutserum ist ein sekundäres. Die Bildungsstätten dieser schützenden Fermente sind die Zelleiber der weißen Blutkörperchen. Bei Bildung des Fibrins findet ein starker Zerfall von Leukozyten statt und die antitoxischen und bakteriolytischen Substanzen der letzteren gehen zum Teil auf das Fibrin über. Experimentelle Befunde und die Beobachtungen beim pathologisch veränderten Körper sprechen dafür, daß dem Fibrin eine schützende und heilende Rolle im Körperhaushalt zuzuschreiben ist. Entsprechend finden wir bei fieberhaften Infektionskrankheiten den Gehalt des Blutes an Fibrin, der normalerweise 0·2% beträgt, bis 1 und 1·3% gesteigert. Ueberall, wo eine reaktive Hyperleukozytose vorhanden ist, kann man auch eine Vermehrung des Fibrins konstatieren.

Außer durch seine antiseptischen und leukotaktischen Eigenschaften sehen wir das Fibrin aber auch rein mechanisch durch Verklebungen, Abkapselungen etc. reparierende und heilende Funktionen ausüben. So fällt ihm auch eine wichtige Rolle beim Zustandekommen der Wundheilung zu.

Ziel des Autors ist es nun, diese ebengenannten heilenden Eigenschaften des Fibrins für die Wundbehandlung nutzbar zu machen. Er ist mit der Herstellung und Verwendung „allgemein und spezifisch wirksamer Präparate" in chirurgischen Fällen beschäftigt, worüber er später berichten will. — (Med. Klin., Nr. 3, 1907.)

2. In einer aus der chirurgischen Universitätsklinik stammenden Abhandlung bespricht Fichera zunächst die zahlreichen, bis jetzt aufgestellten Theorien über das Wesen der Bierschen Stauung und teilt dann seine eigenen zahlreichen Tierexperimente mit. Dieselben führen ihn zu der Auffassung, daß bei akuten Infektionen die Stauungshyperämie, begleitet von wenn auch geringem Oedem, vermittels der Kreislaufverlangsamung, der Transsudation und Diapedese die Ueberschwemmung des Organismus von Seite der zwar abgeschwächten, aber immer noch virulenten Bakterien erschwert; zu gleicher Zeit schafft sie eine für sie schädliche Umgebung, besonders mittels der ausgewanderten Leukozyten, welche an Ort und Stelle eine sehr ausgesprochene phagozytäre Wirkung entfalten. — (Il Policlinico, Sez. chir., Nr. 11 u. 12, 1906, Nr. 1, 1907.)

3. Mitteilung eines Falles von allgemeinen Tetanus, der 14 Tage nach der vorangegangenen Verletzung und am vierten Tage nach dem Auftreten der ersten Zeichen der Erkrankung in schwerem Zustand zur Behandlung kam. Durch wiederholte Gaben von Behrings und Tizzonis Antitoxin (im ganzen 400 A. E. des Höchster und 7 g des anderen Präparats) gelang es schließlich, die Heilung zu erzielen. Zur Herabsetzung der sehr gesteigerten allgemeinen Reflexerregbarkeit wurde daneben von Morphium, Chloral und auch von Veronal in Dosen von 1 g Gebrauch gemacht. Mit zunehmender Besserung wurden täglich warme Vollbäder gegeben. Den Hauptwert legt Glänzel auf eine ausgiebige, mehrmals wiederholte Anwendung des Antitoxins, da immer wieder von neuem Gifte von den sehr widerstandsfähigen Bazillen gebildet werden, die das einverleibte Antitoxin neutralisieren. Auch eine energische Desinfektion der verletzten Stelle ist anzuraten. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 5, 1907.)

4. Interessante Daten über den Erfolg der Impfung bei mit Tollwut Infizierten geben uns Calabrese und Russo aus dem Tollwutinstitut zu Neapel. In den beiden Jahren 1904 und 1905 kamen 1278 Gebissene in Behandlung; der Biß saß bei 60 im Gesicht, bei 674 an unbedeckten und bei 644 an bedeckten Körperstellen.

Vor der Impfung waren ganz unbehandelt 880; 155 waren mit dem Thermokauter, 243 mit chemischen Stoffen kauterisiert. Die Diagnose Tollwut war bei den beißenden Tieren in 594 Fällen durch das Tierexperiment, in 352 nur durch die klinischen Symptome festgestellt; 332 Tiere waren nur verdächtig. Meist handelte es sich um Hunde, in absteigender Reihe folgen sich dann: Katze, Esel, Pferd, Schwein, Rind. Von den 1278 Gebissenen starben sieben, das wären 0·54%; fünf Todesfälle erfolgten aber noch während der Kur bezw. bis 14 Tage nach Abschluß derselben, also in einer Zeit, wo nach Pasteur noch kein Erfolg der Kur vorhanden sein kann, so daß also nur zwei Fälle als Todesfälle trotz Kur übrig bleiben. Seit 1887 standen im ganzen 5851 Personen in Behandlung, von denen 33 starben. Von 302 ins Gesicht Gebissenen starben sieben, d. h. 2·31%, von 2997 an unbedeckten Stellen Gebissenen 23, d. h. 0·76%, von 2552 an bedeckten Stellen nur drei, d. h. 0·11%.

Man ersieht daraus die größere Gefährlichkeit der Bisse an entblößten Stellen, und besonders im Gesicht. — (Monographie Neapel 1906; Gazz. degli osped., 18. Nov. 1906.)

5. Die Tierexperimente Marianis wurden zu dem Zweck unternommen, die Wirksamkeit der von Baccelli inaugurierten endovenösen Sublimattherapie theoretisch zu erklären. Frühere Versuche hatten nämlich ergeben, daß es sich dabei nicht um eine Desinfektion handelt; es war nun zu prüfen, ob eine immunisierende Wirkung in Frage kommt. Bringt man kleine Dosen Sublimat in die Vene eines Tieres oder Menschen, so erhält man ein antitoxisches, bakteriolytisches, agglutinierendes Serum und eine Vermehrung der mononukleären Elemente im Blut. Die genannten Eigenschaften des Blutserums gelten aber nicht nur gegenüber einem Bazillus, sondern verschiedenen gegenüber, so dem Typhus-, Cholerabazillus, Diplokokken, Streptokokken; man erhält also mit der Injektionsmethode ein polyvalentes, antitoxisches Serum, und man kann damit Tiere gegen verschiedene Bakterienspezies impfen. Die günstigen Heilwirkungen beruhen also, wie schon erwähnt, nicht auf der antiseptischen Wirkung des Sublimats, sondern auf der Gesamtheit der biologischen Faktoren, die das Wesen der Immunität ausmachen. Gibt man zu große Dosen Sublimat, so tritt nicht etwa die stärkere Desinfektionskraft der stärkeren Sublimatdosis in ihr Recht, sondern es kommt zur Intoxikation, die die Widerstandsfähigkeit des Organismus schwächt und so das Gegenteil bewirkt. Man verwendet beim Menschen eine Dosis von 1—5 mg pro die in 1°/₀₀iger Lösung, bei Tieren $^1/_{20}$ mg per Kilogramm Körpergewicht. Die Injektion von Sublimat löst die Frage nach der Schaffung eines polyvalenten Serums; auf keine Weise läßt sich ein polyvalentes Serum von so umfassender Wirksamkeit herstellen. Daß bei der Injektion alle die Vorsichtsmaßregeln zu beachten sind, die bei endovenösen Injektionen überhaupt in Frage kommen, versteht sich von selbst. — (Il Policlinico Sez. med., Nr. 6 u. 7, 1906.)

6. Es handelte sich um eine schwere Milzbrandinfektion mit hohem Fieber, ausgehend von zwei Karbunkeln. Nach der ersten Injektion von 1 cg Sublimat fiel am nächsten Morgen das Fieber ab, eine zweite Injektion verhinderte sein Wiederansteigen und führte zur Heilung. Die Heilwirkung des Sublimats beruht in derartigen Fällen nicht auf seiner antiseptischen Kraft (dazu ist seine Konzentration im Blut zu gering), sondern auf der Erregung einer Leukozytose. — (Gazz. degli osped., 24. Juli 1906.)

7. Demarchi suchte den Gang der Malariainfektion durch Bestrahlungen der Milz zu beeinflussen. Theoretisch konnte man von diesen Bestrahlungen drei verschiedenartige Wirkungen als möglich voraussetzen: einmal konnten die Strahlen eine massenhafte Auswanderung der in der Milz latenten Parasiten und damit schwerere Anfälle bezw. Rezidive auslösen; weiter konnten die Strahlen die Parasiten schädigen und damit das ganze Bild günstig beeinflussen; eine dritte Möglichkeit war die, daß eine Einwirkung der Strahlen überhaupt nicht zu konstatieren war. Die therapeutischen Versuche wurden angestellt an drei Kranken mit Quartana, einer mit Tertiana und drei mit Perniziosa. Die Applikationen wurden täglich vorgenommen, sei es vor, sei es nach, sei es gleich beim Beginn des Fieberanfalles; mit Ausnahme eines leichten Erythems in einem Fall traten keine Unzuträglichkeiten in Erscheinung.

Die Anwendung der Röntgen-Strahlen hatte auf den Ablauf der Malariainfektion keinen Einfluß, ebensowenig auf die Zahl, die Vitalität oder den Entwicklungskreislauf der Parasiten, welcher Form sie auch angehören mochten. Der Eintritt von Rückfällen wurde durch sie weder herbeigeführt noch beschleunigt. Dagegen war sehr deutlich eine Einwirkung der Bestrahlung auf chronische Milztumoren festzustellen; sie wurden wesentlich verkleinert, allerdings erst dann, wenn die Anfälle, sei es von selbst, sei es durch Medikamente, verschwunden waren. Dies sieht man ja auch ohne Röntgen-Strahlen, aber nie so rasch, ausgesprochen und beträchtlich wie bei der Bestrahlung. — (Il Policlin. Sez. med., Nr. 6, 1906.)

Nervenkrankheiten.

Therapie der Impotenz. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. Die Impotenz und ihre Behandlung. Von Dr. Dammann.

2. Die Behandlung der Impotenz. Von Prof. Fürbringer.

1. Dammann hält das Yohimbin Riedel für ein ganz vorzügliches Mittel — gewissermaßen ein Spezifikum — bei Verminderung der männlichen Geschlechtsfähigkeit. Die Darreichung geschieht am zweckmäßigsten in Form von Tabletten zu 0·005, dreimal täglich 1 Tablette. Eine ausgiebige Wirkung kann man erst nach mehrwöchiger Behandlung erwarten, wenn auch in einigen Fällen Erfolge schon nach wenigen Tagen beobachtet worden sind. Irgend welche schädlichen Nebenwirkungen hat Dammann nicht beobachtet. Die Versuche beziehen sich auf sechs Männer und zwei Frauen; bei fünf Männern trat eine deutliche Zunahme der geschwächten Geschlechtsfähigkeit auf. — (Med. Klin., Nr. 52, 1906.)

2. Unter Impotenz versteht Fürbringer die Unmöglichkeit, den Beischlaf in normaler Weise bezw. überhaupt auszuführen. Ist die Impotenz durch mechanische Behinderung des Beischlafes aus Anlaß abnormer Zustände des Membrum virile und seiner Nachbarschaft bedingt, so muß die Behandlung fast ausnahmslos eine chirurgische sein. Erweisen sich die Potenzstörungen durch Zuckerharnruhr, Fettsucht, Nephritis, Tabes und sonstige Läsionen des Zentralnervensystems bedingt, so hat die Therapie im allgemeinen den für diese Krankheiten geltenden Grundsätzen zu folgen. Die Prognose der Heilung der Impotenz ist bei allen diesen Krankheiten sehr dubiös, in der Regel schlecht. Bei Morphinisten üben Entziehungskuren einen recht günstigen Einfluß aus. Die psychische Impotenz, die sich besonders bei jungen Eheleuten findet, verlangt eine psychische Behandlung. Häufig führt hier die Warnung vor dem geschlechtlichen Verkehr zum Ziel. Fürbringer dehnt das Verbot auf Wochen und Monate aus. Zur Hypnose wird man nur selten die Zuflucht nehmen müssen. Auch die seinerzeit empfohlenen Suspensionen scheinen sich nicht eingebürgert zu haben. Für die Behandlung der impotenten Neurastheniker bildet die Therapie der sexuellen Neurasthenie als solche die Grundsätze. Im wesentlichen kommen in Betracht Verbot körperlicher und geistiger Ueberanstrengung, die Anordnung einer geregelten Lebensweise, einer kräftigen, reizlosen Kost, der Aufenthalt auf dem Lande, im Gebirge, an der See procul negotiis, komfortable Reisen in schöner Gegend, tägliche, nicht strapaziöse Leibesübungen in frischer Luft. Eine besondere Berücksichtigung verdienen die hydriatischen Maßnahmen, die elektrische Behandlung und die Massage. Stets muß mit diesen Maßnahmen individualisiert werden, zu warnen ist vor einer energischen schablonenhaften Therapie. Bezüglich der Hydrotherapie warnt Fürbringer vor längeren kalten, peinvoll empfundenen Vollbädern, auch Fluß- und Seebäder sind mit großer Um- und Vorsicht auszuprobieren. Bei großer Erregbarkeit sind lauwarme Vollbäder, eventuell mit Salz oder aromatischen Zusätzen am Platz. Auch bei der elektrischen Behandlung ist, je mehr die reizbare Schwäche des Nervensystems ausgesprochen, umso nachhaltiger vor brüsk einsetzender, energischer, örtlicher Applikation beider Stromqualitäten auf die äußeren Genitalien, Damm, Lymphysengegend und Kreuz zu warnen. Je empfindlicher der Patient, je stärkere Hyperästhesie die begleitende Neurose setzt, umso mildere Applikationen sind geboten. Was die Massage anlangt, so ist die allgemeine Körpermassage am meisten gerühmt worden. Da, wo die Erektionsschwäche bei mehr oder weniger torpiden Individuen die Führung übernimmt, ist die örtliche Behandlung der äußeren und inneren Genitalien am Platz, desgleichen der Uebergang auf Schenkel und Rumpf. Zu verwerfen sind Luftdruckmassageapparate und Handluftpumpen. Den geringsten Erfolg hat Fürbringer von der medikamentösen Behandlung gesehen. Versagt haben Lupulin, Kampfer, Kanthariden, Phosphor, Korentin etc.; eher scheinen

Brompräparate, Strychnin und Kokain hie und da fördernd zu wirken. Dem von russischer und französischer Seite empfohlenen Poehlschen „Spermin" kann Fürbringer keine Vorzüge abgewinnen. Negativ fielen auch die Versuche des Vfs. mit Yohimbin (Spiegel) aus; die von anderer Seite gerühmten Erfolge sind vorschtig aufzunehmen. Das Gleiche gilt von Miurazithin, dem Extraktivstoff des brasilianischen „Potenzholzes" (Miura Puama), das mit Ovolezithin zu Pillen (dreimal 2—4 Stück) verarbeitet wird. Maßvoller Alkoholgenuß hat günstige Wirkung. Von den mechanischen Apparaten hat der Gersensche, eine elastische, mit Zinkpflaster bestrichene Binde, in welche das des Haltes bedürftige Membrum mit Ausschluß der Glans eingewickelt wird, die besten Erfolge zu verzeichnen. Harnröhrenstrikturen, chronische Gonorrhöe, besonders die Urethritis chronica posterior, sieht Fürbringer nicht als Vollursache schwerer Potenzstörungen an. Er warnt vor brüsker Behandlung, während eine mildere örtliche Therapie, vorsichtige Bougiekur, der Gebrauch der Winternitzschen Kühlbinde, der Arzpergersche und Felekische Kühlapparat oft am Platze sind. Neben diesen Maßnahmen sollen Leibesübungen, Radfahren fleißig gepflegt werden. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 7, 1907.)

Epilepsie.

1. Die chlorarme Diät in der Behandlung der kindlichen Epilepsie mit Bromnatrium. Von Pascal Januloff. Ref. Eugen Binswanger, München.

2. Epilepsie und Kalksalze. Von Dr. Silvestri. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Die von Richet und Toulouse für die Behandlung der Epilepsie angegebene Methode der Bromtherapie bei gleichzeitiger Verabreichung von kochsalzarmer Diät, hat sowohl diesen Autoren günstige Resultate gegeben, als auch sich bei der Nachprüfung von verschiedenen anderen Forschern gut bewährt.

Bei dieser Methode soll bis zu einem gewissen Grade eine Substitution des Chlors durch das Brom im Stoffwechsel statthaben und dementsprechend die Ausscheidung des Broms wesentlich langsamer vor sich gehen, als bei normalem Kochsalzgehalt der Nahrung.

Januloff hat nun an der Klinik Combe's dieses Regime der Brombehandlung bei der Epilepsie der Kinder angewandt. Seine Erfahrungen waren bei seinen — allerdings wenig zahlreichen — Versuchen durchaus günstige. Zahl und Intensität der Anfälle wurden stets wesentlich herabgesetzt.

Der Autor betont besonders, daß eine Schädigung der Kranken durch die chlorarme Nahrung weder von ihm, noch von anderen Beobachtern konstatiert werden konnte. Als einen sehr wesentlichen Vorzug dieser Methode schildert er die Tatsache, daß bei ihr mit sehr viel geringeren Mengen Brom — beim Erwachsenen mit 2 g pro die — ein Erfolg erzielt werden kann, als dies bei gewöhnlicher kochsalzreicher Kost der Fall ist. — (Thèse de Lausanne, 1905.)

2. Gegenüber Stöltzner (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 63, H. 6) hält Silvestri daran fest, daß nicht ein Kalküberfluß, sondern Kalkmangel die Ursache epileptischer wie eklamptischer Anfälle sei. Dabei kann die spasmophile Disposition auf ganz anderen Ursachen beruhen, z. B. auf Hypothyreoidismus; der Kalkmangel ruft lediglich die Anfälle selbst hervor. Wenn man häufig eine mangelhafte Funktion der Leber als Ursache der Epilepsie annimmt, so steht dies nicht im Widerspruch damit; denn die Leber dient als Speicher für die Kalkvorräte des Körpers, und eine mangelhafte Funktion der Leber kann schon den Kalkgehalt der Säfte alterieren. Ein weiterer Beweis ist die oft verminderte Koagulationsfähigkeit des Blutes Spasmophiler, die durch Kalkfütterung verbessert wird. Klinisch hat Silvestri mit Kalksalzen die günstigsten Erfahrungen gemacht, sie wirken ebenso gut wie Brom, besonders bei jüngeren Individuen und frischen Fällen, können leichter lange fortgenommen werden, und wirken auch in Fällen, wo Brom versagt hat. — (Gazz. degli osp., 6. Jänner 1907.)

Hysterie.

1. Ueber Hysterie bei Kindern. Von Prof. Dr. R. Fischl. Ref. Paul Lißmann, München.

2. Die hysterische Dyspnoe. Von Loubry. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Da zur Produktion hysterischer Manifestationen ein bestimmter Grad geistiger Potenz gehört, so ist nach Fischls Ansicht an dem Vorkommen echter Hysterie bei Säuglingen zu zweifeln. Mit dem zweiten Lebensjahr beginnend, steigert sich die Häufigkeit infantiler Hysterie rasch mit dem schulpflichtigen Alter, um dann zurzeit der Pubertät noch einmal in die Höhe zu schnellen; von der Geschlechtsreife an tritt dann das Ueberwiegen der Hysterie beim weiblichen Geschlecht deutlich zutage. Die Ansicht, daß bei der kindlichen Hysterie interparoxystische Erscheinungen (Anästhesien etc.) fehlen und nur vereinzelte Symptome (ein Krampf, eine Lähmung etc.) auftreten, ist unrichtig oder vielmehr in der mangelnden Konzentrationsfähigkeit der Kinder begründet. Wirklich objektive interparoxystische Erscheinungen, wie Dermographismus, Konjunktiven- und Rachearreflexie sind vielmehr auch bei den Kindern sehr häufig zu finden, ebenso Steigerung der Sehnenreflexe und positives Fazialisphänomen. Ein Fall von hysterischem Erbrechen mit Azetonämie bringt Vf. auf den Gedanken, daß ein gewisser Zusammenhang zwischen der von Finkelstein beschriebenen Spasmophilie mit Hysterie der späteren Kinderjahre besteht. Zu den für infantile Hysterie weiterhin charakteristischen Symptomen zählt Vf. das Rosenbachsche Phänomen, d. h. ein meist einseitiger Blepharoklonus, ferner eine krankhafte egozentrische Gefallsucht, manchmal auch ein aus den gleichen Motiven entspringendes melancholisches Wesen.

Die hysterischen Anfälle selbst zeichnen sich entsprechend der noch nicht voll entwickelten Intelligenz bei den Kindern im Gegensatz zu den Erwachsenen durch eine gewisse Ungeschicklichkeit und somit leichte Erkennbarkeit aus. Am häufigsten sind die hysterischen Husten- oder Brechanfälle, letztere nach des Vfs. Beobachtungen häufig von Azetonämie begleitet. Auch eine bestimmte Art von sogenannten Schul- oder Lernkopfschmerzen, ferner Gelenkneuralgien, Herzpalpitationen, Sprachstörungen gehörten zu den Beobachtungen des Vfs. bei infantiler Hysterie.

Zum Schluß warnt Vf. vor der zu therapeutischen Zwecken angewendeten Hypnose, empfiehlt eine „zweckbewußte Vernachlässigung" der hysterischen Manifestationen, eine mit einer gewissen Plastik (Elektrizität, stark schmeckende Medikamente etc.) arbeitende Suggestivbehandlung, und vor allem die nötige Geduld zur Beseitigung der Krankheitsanlage. — (Prag. med. Wochenschr., Nr. 51, 1906.)

2. Die hysterische Dyspnoe beruht nach Loubry meist auf mechanischen Respirationshindernissen, hervorgerufen durch Spasmen oder Lähmungen der Respirationsmuskeln. Fast stets handelt es sich um Larynxspasmen, allein oder kombiniert mit Funktionsstörungen des Zwerchfelles; es kommt dabei zu den höchsten Graden der Dyspnoe. In der Anamnese solcher Kranken findet man oft bronchiale oder Lungenaffektionen, die eine Prädisposition für die Lokalisation der hysterischen Anlage geschaffen haben. Im Gefolge solcher Dyspnoeanfälle beobachtet man Lähmungen von Kehlkopfmuskeln. Therapeutisch wird man nur im äußersten Fall zur Tracheotomie greifen; man versucht Narkose mit Chloroform oder Aether, Aderlaß, Elektrizität. Die Tracheotomie hindert oft nicht das Wiedererscheinen der Anfälle, da der Glottisverschluß nicht die einzige Ursache der Dyspnoe zu sein braucht; so kann eine hysterische Diaphragmalähmung für sich allein die Dyspnoe hervorrufen. — Eine andere Erscheinungsform ist die hysterische Tachypnoe oder Polypnoe. Sie tritt in Anfällen auf, denen eine Art Aura vorangeht. Dann tritt die Atembeschleunigung ein (60 bis 180 die Minute), die Atmung zeigt den oberen Kostaltypus und ist sehr oberflächlich. Dabei Wohlbefinden, normaler Puls und Temperatur. — (Thèse de Lyon, 1906.)

Bornyval, der Hauptrepräsentant des Baldrians. Von H. Wilm. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Das Bornyval, von der Firma J. D. Riedel-Berlin in den Handel gebracht, der Isovaleriansäureester des Borneols, ist eine wasserklare, schwach nach Baldrian und Kampfer riechende und schmeckende Flüssigkeit; eine Originalschachtel à Mk. 1·80 enthält 25 Gelatinekapseln à 0·25 cm^3. Wilm hat das Präparat in 33 Fällen benutzt und kann die bisherigen bewährten Indikationen voll bestätigen und ihren Kreis noch erweitern. Die sexuelle Neurasthenie wird günstig beeinflußt, ferner die nervösen Begleiterscheinungen organischer Leiden. Es ermöglicht gelegentlich nach unruhiger Tagesarbeit eine leichtere Ausschaltung der erregten und angespannten Nerventätigkeit, es mindert die Furcht vor Nachtschweißen der Phthisiker, vor Pollutionen nach Onanie, vor Katheterfieber, und beugt dadurch ihrem Eintritt teilweise vor; es ist auch ein harmloses Beruhigungsmittel für Unfallverletzte. Im allgemeinen ist zu empfehlen, das Bornyval während oder nach der Mahlzeit zu geben; nur bei Hysterie, wo ein besonderer Geschmackseindruck erwünscht ist, gibt man es nüchtern oder läßt die Kapseln sogar zerbeißen. In zwei Fällen wurde über Aufstoßen nach Bornyvalgenuß geklagt. — (Fortschr. d. Med., Nr. 2, 1907.)

Physikalische Therapie.

Die therapeutische Anwendung der Sonnenbäder. Von Dr. W. Lenkei, Budapest. Ref. Dr. B. Buxbaum, Wien.

Im Sonnenbad wirken die Wärme- und die Lichtstrahlen der Sonne gemeinschaftlich. Die Wärmewirkung gleicht jener anderer Wärmeanwendungen nicht vollständig, da dieselbe durch die, in manchen Beziehungen gegensätzliche Wirkung der Lichtstrahlen geändert wird. Die Pulsfrequenz und die Körpertemperatur nimmt im Sonnenbad, wie auch während anderer Wärmeapplikationen, zu. Diese Zunahme der Körpertemperatur ist im Sonnenbad beiläufig desselben Grades als bei anderen ähnlich temperierten Wärmeprozeduren, die der Pulsfrequenz ist jedoch eine verhältnismäßig geringere. Der arterielle Blutdruck sinkt auch im Sonnenbad, aber das Sinken desselben beträgt trotz der hohen Wärmegrade im Durchschnitt nur 6·5 mm, der venöse Druck steigt nur unbedeutend (1 mm) und die Arbeitskraft des Herzens ändert sich dabei nicht. Die Atemfrequenz nimmt im Sonnenbad, im Gegensatz zu anderen warmen Anwendungen, ab und die Atembewegungen werden vertieft. Die roten Blutkörperchen vermehren sich während des Sonnenbades stark, wohingegen dieselben sonst in Wärme abnehmen. Die Zunahme der Erythrozyten ist verhältnismäßig größer als die der Leukozyten, und die Zahl jener sinkt nach dem Sonnenbad nicht bis zur ursprünglichen Zahl zurück, sondern bleibt im gewissen Grad vermehrt. Das Körpergewicht nimmt infolge der gesteigerten Transpiration ab. Dieser Verlust ersetzt sich jedoch nach intensiven Sonnenbädern nicht vollständig, durch milde Sonnenbäder ist aber auch nachträgliche Gewichtszunahme zu erreichen. Im Sonnenbad ist die Blutströmung in den der Körperoberfläche naheliegenden Geweben vermehrt, das Blut wird durch den großen Flüssigkeitsverlust verdickt und dies hat wahrscheinlich eine gesteigerte Strömung der Gewebssäfte zu den Kapillaren und eine regere Aufsaugung aus dem Darme zur Folge. Letzteres zeigt sich auch in der — oft unerwünschten — größeren Eindickung des Darminhaltes mit nachfolgender Obstruktion. Der Stoffwechsel wird durch Einwirkung der Lichtstrahlen und Steigung der Körpertemperatur — wie sich aus dem Ergebnis der Untersuchungen folgern läßt — vermehrt. Das Sonnenbad wirkt weniger erschlaffend auf den Organismus und das Nervensystem als andere Wärmeanwendungen. Dasselbe wirkt — mit Ausnahme der ersten Bäder — milde angewendet, meistens sogar kräftigend und bessert das Allgemeinbefinden. Die Sonnenbäder üben also teilweise Wärmewirkung aus, doch ohne so manche, nicht eben wünschenswerte Nebenerscheinungen anderer Wärmeapplikationen und gleichen eben in diesen Abweichungen den kühlen

Anwendungen. Diese durch die Lichtstrahlen bedungene Wirkung zeigt sich, wie wir gesehen, hauptsächlich in dem tonisierenden Einfluß auf das Nervensystem, in dem Verhalten des Atmens, in dem Zunehmen der roten Blutkörperchen, in dem geringeren Maß der durch die Wärme verursachten Druckänderungen in den Arterien und Venen und in der Erhöhung des Stoffwechsels.

Wenn man diese Wirkungen der Sonnenbäder in Betracht nimmt, kann man leicht jene Krankheiten bezeichnen, bei denen dieselben voraussichtlich gut tun werden. Im allgemeinen können Sonnenbäder in allen Fällen angewendet werden, in welchen warme Anwendungen überhaupt indiziert erscheinen. Also in erster Reihe, wenn durch gesteigerte Transpiration und regere Säftströmung reichlichere Aufsaugung und Ausscheidung bewirkt werden soll: bei Ex- und Transsudaten, bei Gicht, Rheuma und Infiltrationen, wo immer dieselben auch lokalisiert sein mögen. Speziell Sonnenbäder werden aber in diesen Fällen besonders dann zu empfehlen sein, wenn der Kranke andere intensivere warme Anwendungen wegen der den Organismus und das Nervensystem schwächenden Wirkung höherer Wärmegrade nicht gut verträgt oder, wenn diese Leiden mit solchen Krankheiten kompliziert sind, welche wieder nur kühle oder laue Anwendungen fordern würden. So z. B., wenn Rheuma, Exsudate, Gicht u. s. w. mit Neurasthenie oder Blutarmut u. s. w. gemeinschaftlich vorkommen, da die Sonnenbäder, wie wir gesehen, in gewissen Beziehungen die Wirkung der warmen und der kalten oder kühlen Anwendungen vereinen. Deshalb können dieselben auch in solchen Fällen angewendet werden, in welchen man den Stoffwechsel und die Oxydation heben will, wenn der Körper im allgemeinen gekräftigt und gesteigerte Blutbildung erstrebt werden soll, also bei Verfettung, Diabetes, Skrofulose, Rhachitis, in der Rekonvaleszenz, bei allgemeinen Schwächezuständen, bei Chlorose und Anämie u. s. w. Doch auch in letzteren Fällen, in welchen weniger die Wärme- als vielmehr die Lichtstrahlen die günstige Wirkung ausüben, sind die Sonnenbäder einer Kaltwasserbehandlung besonders dann vorzuziehen, wenn die betreffenden Kranken kalte oder kühle Prozeduren wegen großer Reizbarkeit schecht vertragen; weil Sonnenbäder trotz mancher, den kühlen Anwendungen ähnlicher Wirkung die Nerven weniger reizen und dieselben — mit Maß angewendet — auch kräftigen.

Gute Dienste leistet das Sonnenbad auch bei solchen, deren Haut zu Comedo- und Aknebildung Neigung hat, anämisch oder trocken ist, also infolge von schwacher Durchblutung schlecht funktioniert. Da die Aufsaugung aus dem Darm im Sonnenbad auch angeregt wird, können dieselben auch bei solchen angewendet werden, bei denen die eingenommenen Nahrungsmittel ungenügend ausgenützt werden, oder bei solchen, die Neigung zu Durchfall haben.

Obige aus dem Ergebnis der Beobachtungen theoretisch abgeleitete Indikationen haben sich in meinen Fällen durch Erprobung bestätigt.

In das Sonnenbad dürfen, wegen Steigerung der Körpertemperatur, Kranke mit akuten Fieberbewegungen nicht zugelassen werden.

Im allgemeinen wird jeder Patient der freien Bestrahlung ausgesetzt. Der Kranke liegt nackt auf einer Decke, Kopf und Antlitz sind durch einen grünen Vorhang beschattet. In dieser Lage bleibt der Kranke 15—60 Minuten, doch macht jeder alle 4—5 Minuten eine Viertelwendung. Diejenigen, die transpirieren sollen, bleiben nach der Bestrahlung noch 5—30 Minuten bedeckt an der Sonne liegen.

In manchen Fällen verordnet Vf. nur Teilsonnenbäder, z. B. untere Halbsonnenbäder, wenn Fluxion zu dem Unterleib oder energische Ableitung von der oberen Körperhälfte erwünscht ist. Dies läßt sich auch noch mit Kühlhalten der oberen Partien kombinieren. Teilweise Sonnenbäder können nur für sich oder auch als Fortsetzung nach ganzen Sonnenbädern angewendet werden. Dabei werden die übrigen Körperteile in Schatten gestellt oder leicht bedeckt. Solche lokale Sonnenbäder wendet L. bei torpiden Geschwüren (Unterschenkelgeschwür u. s. w.) an.

Wenn im Sonnenbad die Einwirkung der chemisch wirkenden Strahlen geschwächt oder gänzlich ausgeschlossen werden soll, läßt L. auch in diesen Fällen das Sonnenbad nicht mit der Einpackung beginnen — hauptsächlich deshalb nicht, weil die Packung dem Kranken unangenehmer ist als die freie Bestrahlung, da er sich in ersterer nicht bewegen kann — sondern L. läßt die Lichtstrahlen, je nach erwünschter Fernhaltung derselben, durch vorgehaltene weiße, gelbe, blaue oder rote Filter treten. Als Filter können durchscheinende, farbige Gewebe oder Glasscheiben benutzt werden. L. zieht erstere vor, weil dieselben handlicher sind und auf Bambusgestelle über den Körper ausgebreitet werden können.

Die dem Sonnenbad folgende Abkühlung kann auf verschiedene Art erreicht werden. In den meisten Anstalten werden nach dem Sonnenbad laue Halbbäder mit Abwaschen oder Abgießen des Oberkörpers verabreicht. Vf. läßt Kranke mit leicht erregbaren Nerven nur lau abwaschen, weniger reizbare im 30° C.-Regenbad abkühlen und kräftigeren erlaubt Vf. nach dem Regenbad auch ein Freibad im See (24—30° C.) von 5—10 Minuten Dauer. Der Kopf muß nach dem Sonnenbad, um Revulsion zu vermeiden, besonders gut und mit nicht zu kühlem Wasser abgekühlt werden. Bei solchen, welche leicht Blutandrang zum Kopfe bekommen, läßt Vf. die feuchte Kappe oder den Turban auch noch eine Zeitlang nach der allgemeinen Abkühlung tragen. Oft verordnet Vf. auch, daß solche ihre Füße nach dem Ankleiden wieder gut durchwärmen lassen sollen. Dies geschieht am einfachsten dadurch, daß man im Schatten sitzend die bekleideten Füße an die Sonne streckt oder, daß man nach dem Ankleiden eine Zeit barfuß bleibt und auf der durchwärmten Diele, oder in warmem Sande spaziert. Vf. zieht ersteres, weil der Körper dabei im Schatten bleibt, vor. Die Abkühlung des Kopfes während des Sonnenbades und nachher wird natürlich bei solchen, die an Gehirnanämie leiden, nur in geringerem Grade ausgeführt oder auch gänzlich weggelassen. Auch die Abkühlung des Körpers kann, wenn längerdauernde, gesteigerte Durchblutung der Körperoberfläche oder nachhaltigere Erwärmung des Körpers bezweckt werden will, in geringerem Maße durchgeführt werden, oder auch ganz wegbleiben. — (Zeitschr. f. physik. u. diät. Therapie, Bd. 11, H. 1.)

Hygiene und soziale Medizin.

Die heredodegenerative Krankheit. Von Kollarits, Budapest. Ref. F. Perutz, München.

Vf. gibt eine Zusammenfassung der von Jendrassik und ihm auf diesem Gebiet vertretenen Anschauungen. Aetiologisch wichtig, wenn auch nicht ausschlaggebend für hereditär degenerative Erkrankungen ist die Ehe zwischen Blutsverwandten, auch höheres Alter der Eltern scheint ihr Auftreten zu begünstigen. Häufig wird transformierende Heredität beobachtet, z. B. das Kind eines schwachsinnigen Alkoholisten wird idiotisch. Funktionelle Neurosen sind in organisch erkrankten Familien nicht selten. Bei den hereditär degenerativen Krankheiten finden sich ungewöhnliche Gruppierungen und Kombinierung von Symptomen, z. B. amyotrophische Lateralsklerose und Idiotie, Atrophie und spastische Lähmungen. Manchmal zeigen auch ererbte Leiden (wie die Huntingtonsche Chorea) die Neigung, bei jeder folgenden Generation im früheren Alter anzufangen. Der Verlauf all dieser Krankheiten ist meist langsam progressiv und wird nach einigen Jahren stationär; Besserungen treten nicht mehr ein. Als Grundlage muß man eine fehlerhafte Entwicklung der schwachen Organe, respektive eine Aplasie annehmen. Die Therapie besteht in Schonung, zugleich aber aber schonungsvollen Uebung der schwach entwickelten Teile. — (Die Heilk., Jänner 1907.)

Das neue Arbeiterversicherungsgesetz in Ungarn und die Aerzte. Von Dr. Hahn, Budapest. Ref. F. Perutz München.

Vf. übt heftige Kritik an dem Gesetz, das ohne Mitwirkung der daran interessierten Aerzteschichten geschaffen wurde und geeignet ist, sie in vielen



Beziehungen empfindlich zu schädigen, vor allem durch die Bestimmung, daß alle Angestellte industrieller Unternehmungen ohne Rücksicht auf ihr Einkommen Mitglieder der Kasse werden können. Die Möglichkeit der freien Arztwahl ist wohl in Aussicht genommen, doch ist ihre Einführung bei der großen Zahl älterer, lediglich auf die Kassenpraxis angewiesener Aerzte nicht zu erwarten. — (Die Heilk., Jänner 1907.)

Ueber Isolierung und Infektionsverhütung in Kinderspitälern. Von Escherich, Wien. Ref. Einstein, Stuttgart.

Zur Verhütung der ja vor allem bei Kindern so häufigen Spitalinfektionen sind bei dem Neubau der Wiener Universitäts-Kinderklinik folgende Maßnahmen geplant:

1. Ambulatorium: Vor Eintritt in den Warteraum erfolgt eine rasche Voruntersuchung in der Pförtnerloge zur Ausscheidung der Infektionsverdächtigen. Eine Anstehbahn, wie sie an Theaterkassen üblich ist, verhindert den freien Verkehr der Kinder untereinander.

2. Beobachtungsstation für Infektionsverdächtige, die in Einzelzimmern isoliert werden. Die Zellen liegen zwischen zwei Gängen, wovon der eine zum Verkehr des Wartepersonals, der andere zur klinischen Demonstration dient.

3. Infektionsverhütung auf den allgemeinen Abteilungen: Die Säuglingsstationen werden mit strengster Asepsis geführt, jedes Kind hat seine eigenen Gebrauchsgegenstände, das Pflegepersonal muß ausreichend und geschult sein, Gesunde (Frühgeburten) sind von den Kranken, Infektiöse von den Nichtinfektiösen, ältere von den jüngeren Kindern, Schwerkranke, Tuberkulöse, Unreine von den übrigen abzusondern.

4. Infektionsverhütung auf der Isolierabteilung geschieht durch breite Zwischenräume oder Zwischenwände zwischen den Betten und Isolierzellen für besonders stark Infektiöse. — (Verhandl. d. Gesellsch. f. Kinderheilkunde; 78. Kongr. Deutsch. Naturf. u. Aerzte, Stuttgart 1906.)

Chirurgie.

Magen- und Darmgeschwüre.

1. **Ueber einige die Heilung des Magengeschwürs hemmende Einflüsse.** Von A. Tecklenburg. (Aus dem Diakonissenhaus in Heidelberg; Prof. Fleiner.) Ref. Fritz Loeb, München.
2. **Die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs.** Von G. Rivière. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Ueber die Heredität beim Ulcus ventriculi nebst einigen kritischen Bemerkungen zu dessen Pathogenese.** Von A. Huber, Zürich. Ref. F. Perutz, München.
4. **Die chirurgische Behandlung des Duodenalgeschwürs.** Von L. Bonne. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Duodenalgeschwüre bei chronischer Nephritis.** Von J. Somiac. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Pylorusstenose durch ein chronisches suprapapillares Duodenalgeschwür. Gastroenterostomie, Heilung.** Von Pickenbach, Berlin. Ref. F. Perutz, München.
7. **Beitrag zur Behandlung des in die freie Bauchhöhle perforierten Magen- und Duodenalulkus.** Von Prof. v. Eiselsberg. Ref. F. Perutz, München.
8. **Die Perforationsperitonitis bei der tuberkulösen Enteritis.** Von L. Bérard und M. Patel. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Tecklenburg kommt zu folgendem Resultat seiner umfangreichen Arbeit über einige die Heilung des Magengeschwürs hemmende Einflüsse: 1. Eine Anzahl von Ulkusrezidiven beruht darauf, daß die Heilung gehemmt wird durch „Ueberdehnung" des Magens. 2. Hiebei kommen in erster Linie in Betracht die Dehnung durch muskuläre Atonie und durch Aerophagie. 3. Wenn die Beseitigung dieser hemmenden Einflüsse auf allen anderen Wegen nicht gelingt, so ist eine Operation — die Gastroenterostomie — indiziert. 4. Geschwüre, die nur deshalb nicht heilen, weil eine muskuläre Atonie oder Aerophagie Ursache des Rezidivs waren, sind durch die Gastroenterostomie der Heilung zugänglich. — (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. 12, H. 6, Dez. 1906.)

2. Die chirurgische Behandlung des unkomplizierten Ulcus ventriculi verfolgt



einen doppelten Zweck: einmal sollen die funktionellen Störungen des Magens als: Stenose, Dilatation, Sekretionsstörungen, beseitigt, anderseits eine Einwirkung auf das Ulkus selbst erzielt werden, das an und für sich schon die Ursache schwerer organischer Veränderungen (Adhäsionen, Formveränderungen, Schmerzen, Erbrechen) wie deletärer Komplikationen (Hämorrhagien, Perforation, karzinomatöse Degeneration) sein kann. Die Gastroenterostomie ist demgemäß häufig eine nicht weit genug gehende Operation, auch bei unkompliziertem Geschwür; denn wenn sie auch der ersten Indikation gerecht wird, dient sie nicht der zweiten, sie stellt zwar das Organ ruhig, und wirkt damit indirekt günstig auf das Geschwür ein, aber häufig genug bleibt eben das Geschwür selbst bestehen mit allen seinen Gefahren. Umgekehrt verhält es sich mit der Resektion des Ulkus; sie dient wohl völlig der zweiten Indikation, scheint jedoch keine unmittelbare Wirkung auf die funktionellen Störungen des Magens zu haben, besonders wenn diese sehr ausgesprochen sind. Die Exzision des Ulkus dagegen kombiniert mit der Gastroenterostomie, vereinigt die Vorzüge beider Operationen und genügt damit allen Indikationen. Man wird also bei rein narbigen Stenosen nur gastroenterostomieren, einfache chronische kallöse Geschwüre, die keine Neigung zur Vernarbung haben und stets zu schweren Folgezuständen führen können, resezieren; in allen anderen Fällen wird man beide Operationen kombinieren, falls nicht besondere Umstände (Alter der Patienten, Schwierigkeiten der Operation etc.) eine einfache Gastroenterostomie erheischen. — (Thèse de Lyon, 1906.)

3. Huber lenkt die Aufmerksamkeit auf die bei der Genese des Ulcus ventriculi bis jetzt wenig berücksichtigten hereditären Einflüsse. Er konnte in zwei Jahren elf Fälle beobachten, bei denen Eltern und Geschwister seiner Patienten an Magenblutungen oder anderen Ulkussymptomen gelitten hatten. Weiter fügt er 19 Beobachtungen von Bernhard-Samaden bei, die auch nach dieser Richtung zu verwerten sind. Bernhard, der schon seit langem diese Zusammenhänge verfolgt, glaubt, daß ein Drittel all seiner Fälle auf erblicher Grundlage beruhen. Bei kritischer Betrachtung der für die Entstehung des Magengeschwürs aufgestellten Theorien scheint Huber die nervöse Theorie, die auf experimentelle Ergebnisse gestellt, trophische Einflüsse des Vagus und Sympathikus auf die Magenschleimhaut als maßgebend erachtet, die Tatsache der Vererbung am besten zu erklären. Seine völlige Ablehnung der Zirkulationsstörungen und der Hyperchlorhydrie als ätiologische Faktoren dürfte zu weit gehen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 5, 1907.)

4. Das Duodenalgeschwür ist weit häufiger, als gewöhnlich angenommen wird; es ist besonders ernst zu nehmen wegen der in seinem Gefolge auftretenden Komplikationen: Hämorrhagien, Perforation, Narbenstenosen, Affektionen benachbarter Organe können rasch zum Tode führen, wenn nicht energisch angegriffen wird. Nur die chirurgische Behandlung kann für gewöhnlich zur völligen Heilung führen. Es soll damit nicht gesagt sein, daß der Versuch einer medizinischen Behandlung zu verwerfen ist; man soll sich nur nicht dabei zu lange aufhalten, und wenn die Diagnose sicher ist, soll man eingreifen. Bei einer Blutung exzidiere man das Geschwür und unterbinde; ist dies unmöglich, mache man die Gastroenterostomie. Bei Perforation schreite man zur Laparotomie, Naht der Perforation, Drainage und Miculiczscher Tamponade. Bei Stenose hat man die Wahl zwischen Gastroenterostomie und Duodenoplastik. Wenn schließlich auch nach Gastroenterostomie ein Duodenalgeschwür nicht abheilt, so ist man berechtigt, zur Ausschaltung des Pylorus zu schreiten, wodurch jeder Reiz der Nahrung für die Geschwürsfläche, der vorher trotz Gastroenterostomie weiter bestanden hatte, ferngehalten wird. Aehnlich ist auch die Indikation für die Jejunostomie aufzustellen. — (Thèse de Lyon, 1906.)

5. Nach Samiac sind Duodenalgeschwüre in Verbindung mit Nierenerkrankungen, besonders chronischer Nephritis, häufigere Komplikationen, als



man bisher geglaubt hat. Man hat sie bisher so selten gefunden, weil man sie nicht häufig gesucht hat. Sie treten in späteren Stadien der Nephritis auf und haben ihren Sitz fast stets im oberen Teil des Duodenums. Man findet sie in verschiedenen Stadien der Entwicklung: hämorrhagische Infiltration, follikuläre Erosionen, wirkliche Geschwüre. Sie entstehen durch toxische Nekrose, ohne daß man in ihrer Umgebung Zeichen der Entzündung findet (lymphatische Infiltration, Adhäsionsbildung). Sie hängen mit der renalen Toxämie zusammen; die direkte Veranlassung zu ihrer Entstehung geben aber oft Infektionskrankheiten, Leberveränderungen, Gefäßstörungen. Ihre Entwicklung ist meist symptomlos, aber häufig führen sie zu Hämorrhagien und Perforationsperitonitis. Deshalb und wegen der Schwere des Grundleidens bieten sie eine schlechte Prognose. — (Thèse de Toulouse, 1906.)

6. Mitteilung eines Falles, der anfänglich unter dem Bild der Hypersekretion, später mit Leberschwellung und Ikterus verlief. Weiterhin gesellten sich Störungen der Motilität des Magens, Magensaftfluß und Magenblutungen dazu. Infolge Zunahme der Stenosenerscheinungen Operation. Es fand sich ein vernarbendes Geschwür am Duodenum mit strangförmigen Adhäsionen an der Gallenblase. Gastroenterostomia retro colica. Heilung. — (Münchn. med. Wochenschr., Nr. 6, 1907.)

7. Von zwölf wegen Perforationsperitonitis Operierten sind fünf geheilt, sieben gestorben. Die Prognose des Eingriffes hängt im wesentlichen davon ab, daß möglichst bald nach der Perforation operiert wird. Von den Geheilten wurden zwei innerhalb der ersten zwölf Stunden operiert. Bei den Gestorbenen fand die Operation zweimal am ersten, dreimal am zweiten, je einmal am dritten und vierten Tag statt. Von einer Exzision oder Resektion des Geschwürs sieht Eiselsberg ab, und schließt es durch Uebernähung. Außerdem legt er zwecks besserer Ernährung des Patienten eine Jejunostomie an. Er ist Anhänger der Spülbehandlung bei Peritonitis. Die Bauchwunde wird bis auf kleine Lücken, aus denen Drainagestreifen herausgeleitet werden, primär geschlossen. Bei den fünf geheilten Fällen sind mit einer Ausnahme Magenbeschwerden nach der Operation nicht mehr aufgetreten. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 50, 1906.)

8. Perforationen bei tuberkulöser Enteritis sind ziemlich seltene Vorkommnisse; die Darmwand zeigt sich trotz tiefer Ulzerationen sehr resistent, und peritoneale Verwachsungen vermehren die Widerstandsfähigkeit. Man kann zwei Formen der Affektion unterscheiden, pathologisch-anatomisch sowohl wie klinisch, je nachdem der allgemeinen Peritonitis zuerst eine lokale Exsudation, eine zirkumskripte Peritonitis vorangegangen ist oder nicht. Im ersteren Fall, wo die Perforation also plötzlich einsetzt, gibt es wieder zwei Möglichkeiten, je nachdem sie ein Individuum mit manifester oder latenter Lungen- und Darmtuberkulose betrifft. Im letzteren Fall, wo es sich um relativ kräftige Individuen handelt, bietet ein chirurgischer Eingriff einige Aussicht auf Erfolg; bei schwerer manifester Tuberkulose wird man zu einem solchen nicht mehr schreiten. — (Rev. de. Chir., Juni 1906.)

Furunkel.

1. Die Abortivbehandlung der Furunkel. Von Dr. A. Vikentiev. Ref. Fritz Loeb, München.

2. Ueber eine neue Anwendungsweise der konzentrierten Karbolsäure in der externen Therapie, vor allem bei Bubonen und Furunkulose. Von cand. med. Werner Wolff. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

3. Behandlung des Furunkels, Karbunkels und der Phlegmone. Von Prof. Enderlin. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. Zur Abortivbehandlung der Furunkel empfiehlt Vikentiev folgendes zuverlässige Verfahren: Zunächst seift man tüchtig mit Spiritus saponato-kalinus ab; nach gründlicher Bearbeitung wird mit 40—50%igem Alkohol abgewaschen und dann ein kleiner Wattebausch aufgelegt, der mit derselben Flüssigkeit getränkt ist und bis zur völligen Verdunstung auf der betreffenden Stelle liegen bleibt. Darauf wird zum

zweitenmal gründlich eingeseift, doch läßt man nunmehr den Schaum auf dem Furunkel eintrocknen. Ein Verband wird nicht aufgelegt. Wenn noch keine Eiterbildung stattgefunden hat, genügt in der Mehrzahl der Fälle eine einmalige solche Behandlung, um die Involution zu bewerkstelligen. — (Monatsh. f. prakt. Derm., Nr. 1, 1907.)

2. W o l f f berichtet über sehr günstige Erfolge mit der Karbolsäurebehandlung, die bei Bubonen, Periadenitis axillaris, Furunkulose, Stomatitis aphthosa und ulcerosa, Skrofuloderma und Panaritium zur Anwendung kam. Die noch unerweichten Bubonen, Panaritien etc. werden durch mehrmalige Touchierung mit reiner Karbolsäure bezw. Acid. carbolic. peraquam besser per alcoholem liquefactam zum Rückgang gebracht. Die erweichten werden inzidiert, das abgestorbene Gewebe eventuell mit scharfem Löffel entfernt und nun die Herde, wenn möglich, bis zu acht Tagen hintereinander täglich einmal mit der konzentrierten Karbolsäure tuschiert, hierauf ein indifferenter Salbenverband, unter dem der Herd je nach seiner Größe in kürzerer oder längerer Frist glatt abheilt. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 45, 1906.)

3. Zur Behandlung des Furunkels eignet sich gut die B i e r sche Saugmethode mittels Schröpfkopf, täglich $^3/_4$ Stunden lang ausgeübt, doch so, daß der Saugapparat etwa fünf Minuten liegen bleibt, dann eine Pause von drei Minuten. Nicht so günstig ist die B i e r sche Methode bei Karbunkeln; hier wird der Kreuzschnitt mit Extirpation des infiltrierten Gewebes in Frage kommen. Unter Salbenbehandlung erfolgt dann mehr oder weniger rasch die Epithelialisierung, eventuell T h i e r sche Transplantation. Bei Phlegmonen richtet sich die Behandlung nach dem Sitz derselben. Bei solchen an den Extremitäten erzielt die B i e r sche Stauungshyperämie mit oder ohne Inzision gute Erfolge. Sind Sehnen oder Faszien nekrotisch geworden, so muß entsprechende Nachbehandlung eintreten. Phlegmonen der Kopfschwarte wie des Gesichts müssen inzidiert werden, oft können mit Vorteil Saugnäpfe angesetzt werden. Ist die Zunge ergriffen, so muß das Parenchym hinreichend gespalten werden unter Schonung von Nerven und Gefäßen. Kurze Erwähnung finden noch Phlegmonen am Rücken, retroperitoneale, wie solche der inneren Organe, deren Behandlung vornehmlich in ausgedehnter Spaltung bestehen wird. — (Deutsch. med. Wochenschrift, Nr. 42, 1906.)

Knochentuberkulose. Ref. A. H a a s, München.

1. Die Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. Von Dr. Joel C. G o l d t h w e r t, Boston.

2. Die tuberkulöse Wirbelentzündung und die moderne Behandlung derselben. Von Dr. G. R. W o l l e n b e r g, Berlin.

3. Ueber die doppelseitige Koxitis des Kindesalters. Von M. C a l v é, Paris.

1. Nach einer eingehenden Besprechung der pathologischen Anatomie der Gelenktuberkulosen betont G o l d t h w e s t zunächst die Wichtigkeit der A l l g e m e i n b e h a n d l u n g, die bei den chirurgischen Tuberkulosen von nicht geringerer Bedeutung sei, als bei der Lungentuberkulose. Möglichst ständiger Aufenthalt in frischer Luft, zweckmäßige Ernährung und peinliche Reinlichkeit übertreffen die lokalen Maßnahmen fast noch an Wichtigkeit.

Bei der Lokalbehandlung empfiehlt Vf. eine Funktion der erkrankten Teile insoweit zu gestatten, als es möglich ist, ohne den Reizzustand des Gelenks zu vermehren. Die Funktionsmöglichkeit variiert bei den verschiedenen Fällen nach der Schwere und dem Stadium der Erkrankung und der Virulenz der Erreger. Diese Behandlungsart vermag des öfteren allzu ausgedehnte Atrophien zu vermeiden, insbesondere warnt Vf. vor der schematischen Ruhigstellung des Kniegelenks bei jeder Coxitis.

Bei der Fixation der Gelenke empfiehlt er für das K n i e g e l e n k eine leichte Beugestellung von etwa 5°, weil dann Streck- und Beugemuskeln sich ungefähr das Gleichgewicht halten und im Falle einer Ankylose die funktionell günstigste Stellung erzielt wird. Für das H ü f t g e l e n k gilt ihm als beste Stellung Flexion von 20°, Abduktion von 15—20° und Auswärtsrotation von 10°. Bei dieser Stellung

bleibt der Gelenkkopf am leichtesten in der Pfanne, die verschiedenen Muskelgruppen halten sich ungefär das Gleichgewicht und wenn Versteifung eintritt, ist die Stellung die beste für den Gebrauch des Beines. Die erkrankte Wirbelsäule soll in beträchtliche Hyperextension gebracht werden, nicht nur vom Standpunkte der Entlastung aus, sondern auch, weil bei der Hyperextension der ausgedehnte Brustkorb eine stärkere, respiratorische Tätigkeit begünstigt.

Das Fußgelenk muß stets in rechtwinkeliger, als für die Funktion günstigster Stellung fixiert werden.

Eine operative Therapie ist vor allem dann am Platze, wenn es möglich ist, einen lokalisierten Krankheitsherd ohne besondere Funktionsbeeinträchtigung im Gesunden zu entfernen. Am Kniegelenk vermag die operative Therapie meist sicher den Krankheitsherd radikal zu entfernen; deshalb wird die Resektion des erkrankten Kniegelenks eine berechtigte und meist erfolgreiche Behandlungsmethode schwererer Fälle bleiben. Beim Hüft- und Fußgelenk liegen die Verhältnisse für eine radikale Beseitigung meist weniger günstig. In jedem Falle wird eine konservative Behandlung erst versucht werden müssen.

Bestehen schon Kontrakturen und Deformitäten, so wird man im floriden Stadium die Gelenke in Ruhe lassen und sie nur durch Ruhigstellung und Entlastung der Heilung zuführen: Nach Ablauf des floriden Stadiums müssen die Deformitäten beseitigt werden. Dafür empfiehlt G. am meisten die Osteotomien, und zwar für das Hüftgelenk die sub- oder transtrochantere, für das Kniegelenk die suprakondyläre Osteotomie, für das Fußgelenk entweder die Entfernung des Talus oder die supramalleoläre Osteotomie.

Beim Auftreten kalter Abszesse wendet G. gewöhnlich die Punktion ohne Injektion irgend eines Mittels an. — (Boston Medical and Surgical Journal, Bd. 95, Nr. 4, 1906.)

2. Die hauptsächlich für den allgemeinen Praktiker berechnete Abhandlung Wollenbergs bespricht zunächst die Pathologie der tuberkulösen Spondylitis. Nach kurzer Berücksichtigung der Statistik (am häufigsten befallen erstes bis fünftes Lebensjahr, Knaben etwas häufiger als Mädchen) wird der pathologisch-anatomische Verlauf der praktisch wichtigsten Form, der Spondylitis profunda, kurz und prägnant besprochen, dann auch die Mechanik der Buckelbildung nach den neuesten Ergebnissen beleuchtet.

Bei den therapeutischen Maßnahmen wird die Gipsbettbehandlung, in Form des Lorenzschen Reklinationsbettes, etwas ausführlicher geschildert, da die Vorzüge desselben in den Kreisen der Praktiker immer noch nicht genügend gekannt und gewürdigt sind. Die Anfertigung des Gipsbettes mit den einfachsten Hilfsmitteln wird eingehend angegeben und vor einem zu frühem Aufgeben dieser Behandlung zugunsten portativer Apparate mit Recht gewarnt.

Für die Nachbehandlung wird an den Hoffaschen Anstalten meist das Hessingsche Stoffstahlkorsett angewandt, da die Kosten eines mehreremal erneuerten Gips- resp. Zelluloidkorsetts den an und für sich ja hohen Herstellungskosten des sehr dauerhaften Hessingschen Korsetts nur wenig nachstehen.

Beim Redressement des ausgebildeten spondylitischen Buckels erreicht Vf. die paragibbäre Lordosierung der Wirbelsäule durch Extension im Wullsteinischen Apparat in 2—4 Etappen und legt dann das Wullsteinsche Pelottengipskorsett an.

Am Schlusse wird noch mit einigen Worten der Therapie der spondylitischen Komplikationen, der Senkungsabszesse und der Lähmungen gedacht. — (Berl. Klinik, H. 217, 1906.)

3. Die Coxitis tuberculosa ist in 6% aller Fälle doppelseitig, und der Frequenz der Coxitis überhaupt entsprechend am häufigsten im fünften bis achten Lebensjahr. Selten werden beide Hüftgelenke gleichzeitig befallen; die Zeit zwischen dem Auftreten beider Coxitiden schwankt von drei Monaten bis zu zwölf Jahren.

Im klinischen Verlauf der doppelseitigen Coxitis sind Abszesse sehr häufig (30 von 35 Fällen), auch das Auftreten von Luxationen wird dabei sehr oft beobachtet; dabei luxiert in den allermeisten

Fällen das zuerst erkrankte Gelenk. Anderweitige Manifestationen der Tuberkulose findet man in 14 von 35 Fällen, eine der häufigsten ist das Malum Potti (9 auf 35). Die Mortalität beträgt zirka 25%.

Interessant in orthopädischer Beziehung ist der Status der geheilten Fälle. Doppelseitige Ankylose mit guter Stellung im Hüftgelenk und gleicher Länge der Beine ermöglicht zwar das Gehen, erschwert aber das Sitzen sehr, ebenso die Defäkation. Doppelseitige Luxation mit Beweglichkeit der Gelenke und annähernd gleicher Länge der Beine ergibt das günstigste Resultat für die Funktion; das Gehen ist zwar mühsam, aber möglich, Sitzen ist leicht möglich, die übrigen Funktionen ungestört. Ungünstige Resultate sind doppelseitige Luxation in Flexions- und Adduktionsstellung, doppelseitige Ankylose mit Adduktion und Kreuzung beider Oberschenkel, ferner ungleiche Stellung beider Beine und doppelseitige Ankylose mit Rotation nach außen.

Häufig treten kompensatorische Deformitäten im Bereich des Knie- und Fußgelenks und der Wirbelsäule auf.

Die Behandlung der doppelseitigen Coxitis hat in erster Linie Adduktion und Flexion zu bekämpfen, dann die Beweglichkeit der Hüftgelenke möglichst zu erhalten, die Abszesse nach den bekannten Grundsätzen zu behandeln und Fistelbildung nach Möglichkeit zu verhüten. Nach Ablauf der Erkrankung ist eventuell eine günstige Stellung der beiden Unterextremitäten wieder herzustellen und möglichst auf einer Seite eine Beweglichkeit des Hüftgelenks einigermaßen zu erstreben. — (Thèse de Paris, 1906.)

Hernien.

1. Zur Technik der Radikaloperation der Cruralhernien. Von Prof. Br. Kader, Krakau. Ref. A. Haas, München.

2. Zur Technik der operativen Behandlung der Schenkelhernien. Von Prof. Sprengel. Ref. Stabsarzt Ott, Benediktbeuern.

3. Radikaloperation für Leistenhernien. Von A. Brenner. Ref. Stabsarzt Ott, Benediktbeuern.

1. Nach der gewöhnlichen Isolierung des Bruchsackes von einem Längsschnitt über der Bruchgeschwulst aus versorgt die Methode Kaders den Bruchsack von der Bauchhöhle her. Oberhalb des Poupartschen Bandes wird durch einen kleinen Längsschnitt die Peritonealhöhle eröffnet, eventuelle Verwachsungen mit dem Bruchsack von hier aus getrennt, adhärentes Netz reseziert, und nun wird mit Hilfe einer Kornzange der isolierte Bruchsack in die Bauchhöhle hineinumgestülpt. Hierauf wird die obere Oeffnung des Schenkelkanals durch einige Seidennähte, die das Ligamentum Pouparti an das Periost des horizontalen Schambeinastes und das Ligamentum pubicum bezw. an die Faszie und den Musculus pectineus nähen, in gewöhnlicher Weise verschlossen. Der in die Peritonealhöhle gestülpte Bruchsack wird dann mit Seide ligiert, lang abgeschnitten und nun von den das Peritoneum schließenden Nähten mitgefaßt und so in der Wunde fixiert. Zu hoch darf der Bruchsackstumpf nicht gezogen werden, damit zwischen Peritoneum und Schambeinast kein zu großer leerer Raum entsteht. Das Foramen ovale wird mit Seidennähten längs oder quer exakt vernäht, eventuell mit Resektion der Venus saphena, und endlich beide Wunden exakt in Etagen vernäht.

Kader sieht die Vorzüge seiner Methode einmal darin, daß der die Gegend des Kruralkanals auskleidende Peritonealüberzug gespannt wird, dann besonders darin, daß statt des sonst entstehenden Peritonealtrichters ein in die Bauchhöhle verragender Peritonealkegel entsteht und schließlich, daß der Bruchkanal in zwei Etagen verschlossen wird. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr, 50, 1906.)

2. Sprengel verweist auf die im Jahre 1904 von Goebel in den Brunsschen Beiträgen (Bd. 42, S. 486) gegebene Zusammenfassung der radikalen Schenkelbruchoperationen und gibt eine neue Operationsmethode an, die er bisher in fünf Fällen mit gutem Erfolg ausgeführt hat. Er empfiehlt diese Operation für schwerere Fälle, ohne von der bisher üblichen Methode ganz abzuweichen.

Sprengel inzidiert in flacher Beckenhochlagerung in der Richtung des Schenkelkanals, eröffnet den Bruchsack,

der nach Revision provisorisch tamponiert wird. Hierauf wird der Musc. rectus derselben Seite durch Laparatomieschnitt eröffnet, nach Abstopfung der Därme eine geschlossene Mikuliczsche Zange durch das Ostium internum des Schenkelkanals, eventuell unter Beihilfe einer von außen eingeführten Sonde, durchgeführt, der Bruchsack aufgeladen und invertiert. Der polsterartig zusammengefaltete Bruchsack wird nun mit dem Periton. parietale, zweckmäßig noch mit dem in nächster Nähe zum Leistenkanal aufsteigenden Lig. rot. — die Operation kommt nur für Frauen in Betracht — straff vernäht. Verschluß der Bauchdecken, Vernähung des Bruchschnittes ohne Berücksichtigung der Bruchpforte.

Vf. regt auch an dieser Stelle an, mit eben geschilderter Operation bei Uterussenkung gleichzeitig eine Verkürzung der Lig. rot durch Faltenbildung anzuschließen und hat auch in diesem Falle gutes Resultat erzielt. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 80, H. 1.)

3. Brenner hat eine Modifikation der Bassinischen Radikaloperation angegeben, die darin besteht, daß zur Bildung der hinteren Wand des Leistenkanals der Musc. Cremaster verwendet wird. Zur Vermeidung einer direkten Hernie nach der Operation wird an der schwächsten Stelle des neuen Bettes, an der Symphyse, eine Naht durch den tiefsten Teil des Musc. obliquus intern. durch das Gewebe des Kremaster, sowie durch das Bindegewebe über der Symphyse gelegt, so daß es unmöglich ist, mit der Fingerkuppe unter der letzten Naht einzudringen.

Die Haut wird verschlossen und in den meisten Fällen für die ersten 24 Stunden ein Drain unter diese gelegt. Um Oedem oder Stauung im Plexus pampiniformis zu verhindern, müssen die Patienten noch längere Zeit nach der Entlassung ein Suspensorium tragen.

Operiert wurden von 1892 bis Ende 1903 zirka 2000 Fälle, mit 92% guter Dauererfolge. In 5% trat Rezidive ein. — (Arch. für klin. Chir., Bd. 89, H. 4.)

Laryngologie und Rhinologie.

Ueber subglottische Laryngoskopie. Von Dr. Max Senator. Ref. Weil, Wien.

Bei einem Tenoristen, der an Diphthongie (Doppelton, besonders in der hohen Stimmlage) litt, konnte Senator am freien Rande des rechten Stimmbandes eine feine strichförmige Auflagerung sehen, die aber unter dem Stimmbande hervorzuragen schien. Bei der nach der Angabe von Gerber (s. dieses Zentralblatt, Nr. 8, 1906) vorgenommenen subglottischen Laryngoskopie fand Vf. dort eine hirsekorngroße Geschwulst, die er durch wiederholte Aetzungen zum Verschwinden bringen konnte, wodurch die Stimmstörung beseitigt wurde. Gerber hat seinen kleinen subglottischen Spiegel seither dadurch verbessert, daß er ihn beweglich machte, so daß er vertikal als Fortsetzung des Stiles eingeführt und erst dann vom Handgriffe aus in die nötige Winkelstellung gebracht wird. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 3, 1907.)

Die Behandlung der Ozäna mittels Paraffininjektionen. Von Dr. Albert Blau. Ref. Weil, Wien.

Vf. hat zahlreiche Ozänakranke mit submukösen Paraffininjektionen behandelt und berichtet über zehn Fälle, die er mindestens noch ein Jahr bis zu $2^1/_2$ Jahren nach vollendeter Behandlung kontrollieren konnte. In fünf Fällen wurde jegliche Geruchs- und Borkenbildung dauernd zum Schwinden gebracht, in drei Fällen verschwand nur der Geruch völlig, während eine ganz geringfügige Bildung durch Schneuzen leicht entfernbarer kleinster Borken bestehen blieb. Zweimal — bei jugendlichen Individuen — konnte kein Erfolg erzielt werden.

Vf. injizierte Paraffin von 45° C. Schmelzpunkt in wiederholten Sitzungen, von hinten nach vorn fortschreitend, jedesmal $^1/_2$—1 cm^3 unter die Mukosa der unteren Muscheln und, wenn diese nicht auf ein zur genügenden Verkleinerung der Nasenhöhle ausreichendes Volumen gebracht werden konnten, auch unter die Septumschleimhaut, indem er drei Reihen von linsen- bis erbsengroßen Erhebungen (im ganzen 9—12) herstellte,

die nachher meistens miteinander konfluierten. Nach jeder Injektion wurde die Absonderung der betreffenden Nasenseite erheblich reichlicher, flüssiger, schleimiger und weniger übelriechend; nach einigen Tagen war wieder der alte Zustand, aber in geringerer Intensität vorhanden, worauf eine neue Injektion gemacht wurde. Die weiteren Ausführungen des Vfs. gehen dahin, daß das Sekret bei Ozäna geruchlos abgesondert, aber durch Mikroorganismen, welche auch sonst stinkenden Eiweißzerfall hervorrufen, sehr rasch zersetzt werde. Schon daraus kann man den therapeutischen Effekt der Verkleinerung der Nasenhöhlen, welche das Stagnieren des Sekrets verhindert, zur Genüge erklären. — (Arch. f. Lar., Bd. 18, H. 3, 1906.)

Traumatische Angina, akutes Exanthem, Wundscharlach. Klinische und experimentelle Beiträge zur Infektion nach Rachenmandelexzisionen. Von Dr. Franz Kobrak. Ref. Weil, Wien.

Wenn auch immerhin zu den großen Seltenheiten gehörig, ist doch das Auftreten von Infektionen nach Rachenmandelexzisionen ein Faktor, mit dem der operierende Rhinologe rechnen muß. Sicher kommen sie häufiger vor, als man glaubt, da natürlich nur wenige Fälle publiziert werden.

Daß ein Trauma eine Infektion auslösen kann, ist ein uns aus der Pathologie geläufiger Begriff und es wird uns nicht schwer verständlich sein, wenn eine der sonst im Rachen beginnenden akuten Infektionskrankheiten (hier speziell der Scharlach) im Anschluß an ein den Rachen treffendes Trauma auftritt. Als letzte Ursache der Infektion kommen, wenn man sterile Instrumente als selbstverständlich betrachtet, zwei Möglichkeiten in Betracht. Entweder der Patient beherbergt schon die Mikroorganismen, welche aber erst auf das Trauma der Schleimhäute warten müssen, um pathogen zu werden; oder er infiziert sich nach der Operation leichter als sonst an seiner Umgebung. Für letzteren Modus würde die Beobachtung sprechen, daß die postoperativen Infektionen in der Privatin der poliklinischen Ambulanz (daher praxis ungleich seltener vorkommen, als soll man die Operierten nicht mit den übrigen Kranken in Berührung kommen lassen und vorher danach forschen, ob nicht in der Umgebung derselben akute Infektionskrankheiten vorhanden sind). Das Zutreffen der ersteren Annahme würde eine vorhergehende desinfizierende Behandlung verdächtiger Fälle erfordern. (Ref. behandelt seit jeher Fälle mit eitriger Sekretion lange Zeit mit Höllenstein oder Sozojodolnatrium, bevor sie zur Operation gelangen).

Einschlägige Fälle, darunter ein septischer Wundscharlach mit tödlichem Ausgang, gaben dem Vf. Veranlassung, den Bestand des Nasenrachenraumes an Mikroorganismen vor und nach der operativen Entfernung der Rachenmandel kulturell und experimentell zu prüfen. Dabei ergibt sich im allgemeinen eine Abnahme der Zahl (manchmal bis auf Null) und der Virulenz der Keime nach der Operation; die Ausnahme einer Virulenzsteigerung scheint besonders dann einzutreten, wenn schon vorher lokale Infektion des Nasenrachenraumes vorhanden war. Haug hat z. B. in fünf Fällen, wo die Operation in der Frührekonvaleszenz vorgenommen wurde, im direkten Anschluß daran Nephritis bezw. ein Rezidiv des Exanthems oder Belags beobachtet. Zu erwägen wäre im einzelnen Fall noch, ob man es mit wirklichem Wundscharlach oder mit Sepsis mit scharlachähnlichem Exanthem zu tun hat. — (Arch. f. Lar., Bd. 19, H. 2, 1907.)

Gynäkologie.

Zur Therapie der Gonorrhöe beim Weibe. Von Fellner. Ref. Stabsarzt Ott, Benediktbeuern.

Im Eingange seiner Abhandlung beklagt Vf. die stiefmütterliche Behandlung der gonorrhoischen Zystitis und Urethritis, besonders von Seite der Gynäkologen, während im Gegensatze hiezu den Erkrankungen des Uterus und der Adnexe die größte Aufmerksamkeit geschenkt werde. Seiner Erfahrung und Meinung nach ist jedoch die nichtbehandelte

Urethra sehr häufig der Schlupfwinkel für die Bakterien, aus welchem stets neue Infektionen, sogenannte Rezidiven, hervorgehen, dies ist ein so häufiges Vorkommnis, daß es sehr viele Aerzte gibt, welche den Fluor für direkt unheilbar halten.

Nach Vf. ist eben jeder Fluor fast nach jeder Methode leichter oder schwerer, aber doch heilbar, wenn man nur der Urethra samt ihren Gängen und, was am meisten übersehen wird, dem Mastdarm seine Aufmerksamkeit zuwendet.

Daß die Urethra eine große Bedeutung haben müsse, ergebe schon die Tatsache, daß dieselbe in der Mehrzahl der Fälle (80—90%) bei der Gonorrhöe erkranke; doch werde diese Urethritis fast nie behandelt, da sie keine Beschwerden mache, und weil solche fehlen, wenn die Patientin wegen Adnexerkrankung oder des starken Fluors einen Gynäkologen aufsuche. So werde der Urethritis auch von dem Gynäkologen keine Aufmerksamkeit geschenkt, man nehme sie als geheilt oder nie dagewesen an, insbesondere auch deshalb, weil wir keine geeignete Methode hätten, um die chronische Urethritis zu diagnostizieren. Vf. ist der Ansicht, daß bei jedem stärkeren Fluor die Urethra mitbeteiligt sein muß. Nach den Erfahrungen beim Manne sollte man meinen, daß die gonorrhoische Urethritis, die bei der Frau zumeist nicht behandelt wird, fast regelmäßig in ein chronisches Stadium übergehen müsse, wie dies nach Vfs. Zitat auch Fingers Ansicht sei. Bei der verheirateten Frau trete ein Angewöhnen der Gonokokken an die gegenseitigen Nährböden ein; solange sich nicht ein Dritter in die Ehe mische, solange sei die Urethritis symptomlos und unerkannt.

Aus diesen Verhältnissen habe sich für die Gynäkologen die merkwürdige, aber unrichtige Erfahrung ergeben, daß die chronische Gonorrhöe nicht wie beim Manne in der Mehrzahl der Fälle die Urethra, sondern die Adnexe betreffe.

Es werden meist nur jene Fälle als Gonorrhöen gedeutet, bei welchen sich der Gonokokkus nachweisen ließ, doch sei dies nicht ganz richtig. Speziell hinsichtlich der Blase sei es erwiesen, daß eine ursprünglich gonorrhoische Erkrankung nach einiger Zeit eine ganz andere Bakterienflora zeige. Auch im Uterus sei dies mitunter der Fall, obwohl man hier auch neben dem Gonokokkus andere Mikroorganismen treffe, wie dies auch in der Urethra vorkomme. Vf. selbst züchtete in einigen Fällen von sicherer Gonorrhöe später nur Strepto- und Staphylokokken, speziell aus den endo- und para-urethralen Gängen konnte er in Fällen von sicherer gonorrhoischer Abstammung teils andere Mikroorganismen neben Gonokokken, teils nur erstere nachweisen. Diese Pseudoabszesse seien manchmal der einzige, aber nichtsdestoweniger sehr gefährliche Rest eines Infektionsprozesses des weiblichen Genitales, von dem jederzeit schwere Rezidiven ausgehen können; ebenso finden sich in Eiterungen der Adnexe nicht selten auch andere Organismen, obwohl ursprünglich sicherlich eine Gonorrhöe vorhanden war. Hier komme dann besonders die Anamnese in Betracht. Wenn es auch Fälle gebe, in denen nur ein Organ erkranke, so spreche doch das Ergriffensein mehrerer Organe, insbesondere der Urethra, der Cervix oder des Uterus mit einiger Wahrscheinlichkeit für Gonorrhöe. Das Suchen nach Gonokokken habe nach obigem nur hinsichtlich der Aetiologie und der Gefahr der Ansteckung einen Wert, aber bezüglich der Behandlung sehr geringen. Nur bei der Wochenbetterkrankung sei das Fehlen oder der Befund von Gonokokken prognostisch und therapeutisch von großem Werte.

Nach Posner spreche das Auftreten von vielen eosinophilen Zellen für echte Gonorrhöe, während das Vorhandensein von sogenannten Kugelzellen (Zellen mit eigentümlich kugeliger Fom der Kerne) den Gedanken nahe lege, daß entweder nie eine Gonorrhöe bestanden habe oder daß die Eiterung nicht mehr durch die Gonokokken allein, sondern durch Mikroorganismen oder Toxine im Gang erhalten werde. Nach dem Ausgeführten habe man bei jeder Erkrankung des weiblichen Genitales die Pflicht, auch Urethra und Blase auf das genaueste zu untersuchen und umgekehrt, bei jeder Erkrankung der Urethra oder Blase auch dem Genitale seine Aufmerksamkeit zu schenken. Somit ergebe

sich der wichtige Schluß, keine Urethritis ohne Fluorbehandlung und umgekehrt.

Aus der Statistik gehe auch hervor, daß man die rektale Gonorrhöe beachten müsse.

Bezüglich der Erkrankungen der Urethra, die sich auch als einzige Erkrankung finden könne, wird bemerkt, daß die Erscheinungen der akuten Urethritis sehr augenfällig seien; Brennen beim Urinieren sei das hervorstechendste Symptom, bei der Untersuchung finde man einen Tropfen am Ende der Harnröhre oder könne einen solchen beim Bestreichen der Harnröhre von der Vagina aus herausdrücken, nur mache man hier nicht selten einen Fehler dadurch, daß man die Urethra nicht genau median streiche. Tue man dies nicht, so glaube man Eiter aus der Harnröhre zu bekommen, während derselbe aus den paraurethralen Gängen komme. Bei Benützung des Grünfeldschen Endoskops habe man den Nachteil, keinen ausreichenden Blick zu bekommen, weil man wegen der Engigkeit speziell der Harnröhrenmündung nur kleine Nummern wählen könne, um die ohnehin schmerzhafte Untersuchung nicht noch mehr zu steigern. Es könne dabei Eiter nach oben gelangen und auch die durch die Entzündung leicht verletzbare Schleimhaut lädiert werden. Wenn auch deshalb manche Autoren der Ansicht seien, man dürfe im akuten Stadium nicht endoskopieren, so gebe es doch Fälle, wo man trotzdem endoskopieren müsse, z. B. um sich Klarheit zu verschaffen, ob der Eiter aus der Urethra komme oder aus den fälschlich sogenannten Skeneschen Drüsen. Dem Vf. leiste bei solchen Untersuchungen der Siegelsche Ohrtrichter sehr gute Dienste, den er mit einem Gebläse, statt eines Gummiballens, ausgestattet habe. Setze man denselben leicht in die Mündung der Urethra ein und blase die Urethra auf, so könne man sie von den paraurethralen Gängen an bis zum Sphinkter sehr gut überblicken, man sehe dann ganz genau, woher der Eiter stamme.

Während sich eine echte Zystitis selten finde, sei die Beteiligung des Blasenhalses sehr häufig. Die Beteiligung der ganzen Blase finde nie sofort, sondern erst später statt, und zwar markiert durch sehr auffällige allgemeine und lokale Symptome. Da eine zystoskopische Untersuchung im akuten Stadium nicht zulässig sei, könne man aus dem Bestehen der akuten Urethritis mit einiger Sicherheit auch auf die Entzündung des Blasenhalses schließen und solange keine neuerlichen bedrohlichen Erscheinungen auftreten, eine Zystitis ausschließen.

Werde die akute Urethritis nicht behandelt, so schwinden allmählich die Erscheinungen und nach 3—4 Wochen höre der Ausfluß auf, so daß die Affektion für ausgeheilt erachtet werde, doch sei diese Heilung nur scheinbar.

Die zur Feststellung der chronischen Urethritis der Untersuchungsmethode beim Manne nachgebildete Zwei- und Dreigläserprobe verwirft Vf. als vollkommen unbrauchbar, weil die geringste Bewegung, wie sie zum Gläserwechseln notwendig sei, die eben gereinigte Urethralmündung sofort wieder verunreinige, einen Katheter zur Feststellung des Zustandes der Blase nach bloßer Reinigung der Vulva anzuwenden, sei gefährlich. Enthalte die Urethra nur eine Spur eines Sekretes, so werde dieses in die Blase verschleppt und es könne dann zweierlei passieren: entweder werde das Sekret mit dem Harne aus der Blase herausgespült und die Diagnose Zystitis sei fertig, oder das Sekret bleibe in der Blase und die Zystitis sei fertig. Das Herausfangen von Sekret aus der Urethra mit dem stumpfen Löffel verwirft Vf. aus den gleichen Gründen wie das Endoskop. Vf. spült die Harnröhre mittels eines doppelläufigen Katheters, dessen Enden in die Urethralmündung eingesetzt werden, mit 4%iger Borsäurelösung durch und fängt das Spülwasser in einem Glase auf. Starke Trübung, reichliche Fetzen oder Schleimfäden zeigen von vornherein die Urethritis an, sedimentiere man noch ferner das Spülwasser und untersuche das Sediment mikroskopisch, so erhalte man ein sicheres Bild über den Zustand der Harnröhre. Vf. fand so, daß unter 56 Fluorfällen nur 6 ohne Urethritis waren.

Das endoskopische Bild der akuten Urethritis gebe eine rot bis dunkelrot gefärbte



Schleimhaut, auf der mitunter die Follikeln stark vorspringen, hin und wieder sehe man insbesondere am Harnröhreneingang schmutzigweiße Beläge, aber auch Geschwüre; allmählich werde die Schleimhaut blässer; im chronischen Zustand kommen höchst selten Geschwüre vor, zumeist nur weiße Striae, zahlreiche rote Flecken, die der Schleimhaut ein getigertes Aussehen verleihen und hin und wieder geschwellte Follikel. Die im allgemeinen beim Weibe sehr seltenen Strikturen fallen beim Aufblasen mit dem S i e g e l-schen Trichter als weiße, sehnig glänzende Hügel auf.

Bei der chronischen Urethritis taste man die Harnröhre als ein starres Rohr, welches hin und wieder an vereinzelten Stellen erhöhte Empfindlichkeit besitze. Nach Vfs. Erfahrungen finde bei jeder Urethritis eine Mitbeteiligung der endourethralen Gänge statt. Man bringe sich letztere am besten zu Gesicht, indem man entweder zwei Haarnadeln einführe oder die Harnröhrenmündung mittels des modifizierten S i e g e l schen Trichters aufblase. Die Oeffnungen befinden sich zu zweit oder zu dritt, zumeist unmittelbar hinter der Harnröhrenmündung, seltener vor derselben, die Gänge können sich weit nach hinten erstrecken. Bei akuten Erkrankungen derselben sehe man die Mündungen wie einen dunkelroten Stecknadelkopf hervorragen. Bei der chronischen Erkrankung fehle auch dieses Zeichen; doch weise die Erweiterung des Ganges auf schon früher vorhandene Erkrankung, man habe dann, wenn man zu beiden Seiten der Harnröhrenmündung taste, das Gefühl, zwei glatte Flächen gegeneinander verschieben zu können, eventuell fühle man zwischen denselben etwas Flüssigkeit.

Sicheren Aufschluß erhalte man erst durch die Sondierung der endourethralen Gänge mit einem Instrumentchen, wie es die Zahnärzte zur Sondierung der Wurzelkanäle benützen. Durch Umwicklung von Watte um dasselbe könne man sich leicht davon überzeugen, ob Sekret sich in den Gängen befinde. Anamnestisch weise dann die Angabe der Patientinnen auf die Erkrankung der Gänge hin, daß sie ein- oder zweimal beim Urinieren Beschwerden hatten, die dann nachließen, um später wiederzukehren; dies hängt mit der zeitweisen Sekretanfüllung der Gänge zusammen.

Wann soll eine akute Urethritis behandelt werden? Hier herrscht ein großer Gegensatz zu den Anschauungen der Andrologen, die schon am Ende der ersten Wochen, ja bei den heute immer mehr um sich greifenden Abortivbehandlungen noch viel früher eine Behandlung beginnen, von der sie viele Vorteile, und höchst selten Nachteile, d. h. ein Aszendieren des Prozesses wahrnehmen. Die Behandlungsmethode des Verfassers ist folgende: Nach Ausdrücken des Eiters aus der Urethra, falls solcher vorhanden ist, macht er eine Durchspülung der Urethra mittels des oben angegebenen Instrumentes mit $^1/_2$ $^0/_{00}$iger Kalium permangan.-Lösung, steigt allmählich bis auf 2 $^0/_{00}$ im umgekehrten Verhältnis zu den subjektiven Beschwerden und sucht nach J a n e t scher Methode durch Vor- und Rückwärtsschieben und Zudrücken des Schlauches in der Harnröhre einen Wirbel zu erzeugen. Hierauf folgt eine Spülung mit 4%iger Borsäurelösung. Liegt eine Cystitis colli vor, so wird nunmehr, nachdem die Urethra gründlichst gereinigt ist, der Katheter in die Blase eingeführt und die Blasenbehandlung vorgenommen. In die Urethra wird zum Schluß Protargol oder sonst ein Silberpräparat wieder in allmählich steigender Dosis eingespritzt. Zum Schlusse empfiehlt es sich noch, sowohl der dauernden Nachwirkung als auch der eventuellen Schmerzstillung wegen ein Stäbchen, aus Dermatol, Tannin, Eukain und Kakaobutter bestehend, einzuführen.

Die endo- und paraurethralen Gänge werden in konservativer Weise meist mit Erfolg so behandelt, daß man mit der stumpfen P r a v a z-Spritze Lapislösung oder Jodtinktur einspritze. Führe dies nicht zum Ziel, so müsse man die Drahtschlinge bis zum Grunde führen und die Gänge, was ohne Narkose möglich ist, ausbrennen, eventuell sie inzidieren und verschorfen.

Bei der Erkrankung der Blase muß man nach Vf. strenge unterscheiden zwischen der bloßen Erkrankung des Blasenhalses

und der gesamten Blase. Es werden nun des weiteren die Zeichen der Zystitis besprochen, bezüglich der Trübung des Urins wird bemerkt, daß nicht jede Trübung, da solche auch durch Beimischung von Vulvasekret entstehen könne, Zystitis bedeute. Diese Beimischung ließe sich vermeiden, wenn man, wie oben angeführt, nach Spülung der Urethra den Katheter setze.

Trübung der ersten Portion dürfte für Cystitis colli, Trübung der zweiten Portion für Zystitis sprechen. Um die Herkunft der Trübung unterscheiden zu können, wird auf bekannte Merkmale hingewiesen. Bei chronischer Zystitis fehlen mitunter Harndrang und Schmerzen längere Zeit, auch gebe es Zystitiden ohne Harndrang und ohne Urintrübung.

Die sicherste Diagnose an und für sich und die einzige richtige Differentialdiagnose zwischen Urethrozystitis und Zystitis gebe die Zystoskopie.

Das Uebergreifen auf die ganze Blase zeige sich durch eine gefleckte Beschaffenheit der Schleimhaut. Die Urethrozystitis muß in gleicher Weise behandelt werden wie die Zystitis und Vf. ist der Ansicht, daß man durch frühzeitiges Behandeln sicher nicht schaden könne. Wenn einmal die Schmerzen ein wenig nachgelassen haben, so werden Einspritzungen einer wenig reizenden Flüssigkeit, wie Protargol, gut vertragen; sie steigern nicht die subjektiven Beschwerden, sondern führen zu einem raschen Schwinden des Harndranges und zur schnellen Klärung des Urins.

Von inneren Mitteln wendet im akuten Stadium Vf. Salol an und den besten Erfolg sah er von dem billigsten Mittel, dem Natrium salicylum 3—5 g täglich. Nebstdem führt Vf., sobald es nur geht, den Katheter ein, spült die Blase mit 4%iger Borsäure durch und läßt etwas Borsäure zurück. Sobald nun die Schmerzhaftigkeit der Blase eine geringe ist, spritzt er 20 cm^3 einer $2^1/_2$%igen Protargollösung ein. Die Spülung ohne Katheter durchzuführen sei nicht notwendig, wenn man zuerst die Urethra gut desinfiziert. Die Spülungen führt Vf. jeden Tag mindestens einmal durch und steigt mit der Protargollösung allmählich bis auf 10%. Bei chronischer Zystitis beginnt Vf. mit einer 5%igen Protargollösung und steigt rasch bis zur 10%igen. Ichthargan und Largin haben Vf. gute Dienste geleistet, wenn Protargol ohne Erfolg war. Der häufig zurückbleibende desquamative Katarrh verschwinde rasch auf Einspritzung von Ultzmannscher Lösung. Diese Lösung sei auch ein gutes Reagens in Bezug auf die Heilung der Zystitis und Urethritis. Denn falls der Katarrh nicht ganz ausgeheilt sei, trete auf diese Einspritzung hin abermals eine Trübung auf. Als geheilt seien natürlich nur jene Fälle anzusehen, bei denen Alkoholgenuß und Koitus keine Veränderung hervorbringen. Ob die zumeist nach der Behandlung noch zurückbleibenden Fetzen und Fädchen als pathologisch aufzufassen seien, darüber könne natürlich nur die bakteriologische Untersuchung des Sediments Aufschluß geben.

Hinsichtlich der vielen empfohlenen Mittel steht Vf. auf dem Standpunkt, daß dasjenige Mittel das beste ist, dessen Wirkungsweise der Arzt am besten beherrscht. Das von mehreren Seiten empfohlene Kurettement der Blase wird nach Vf. nur in sehr wenigen Fällen notwendig sein, desgleichen die direkte Behandlung der wunden Stellen durch das Zystoskop hindurch.

Bei akuter Pyelitis — Pyelitis sei eine seltene Erkrankung — werde man rein medikamentös vorgehen und nur bei chronischer werde man Instillationen in das Nierenbecken vornehmen.

Während man früher annahm, daß Vulva und Vagina für Gonokokken immun sei, daß das Plattenepithel letztere nicht durchdringen lasse, habe man in neuerer Zeit zahlreiche Gonorrhöen in der Vulva und Vagina beobachtet. Viele derartige Fälle, in denen irrtümlicherweise Chlorose als Ursache des Fluors angenommen werden, haben ihren Grund in einer in der Kindheit erworbenen gonorrhoischen Vulvo-vaginitis. Die Behandlung der Vulvo-vaginitis kleiner Mädchen sei aber nicht so einfach; man sollte am besten die Ausspülungen der Mutter überlassen, nachdem man sie derselben öfters gezeigt habe. Bei älteren Mädchen sei sowohl eine



Urethra- als auch Zervixbehandlung möglich, insbesondere stoße hier die Bierhefebehandlung (s. später) auf keine Schwierigkeiten. Bei der Vulvo-vaginitis kleiner Mädchen werden am besten schwache Sublimat- oder Protargolspülungen der Scheide vorgenommen, nachher wird ein Urethralstäbchen in dieselbe eingeführt; außerdem gibt Vf. dem Kinde kleine Dosen von Salizyl oder einem sonstigen Mittel gegen die Urethritis.

Die gonorrhoische Bartholinitis wird am besten mit Ausschälung der Drüse — aber jedenfalls des ganzen Drüsenparenchyms — behandelt.

Bei einer Patientin wandte Vf. mit gutem Erfolge nach einer kleinen Inzision das Biersche Verfahren an.

Die Cervix uteri werde beim Erwachsenen besonders von der akuten Gonorrhöe ergriffen. Von der Erkrankung der Zervix greift die akute Erkrankung gewöhnlich rasch auf die Adnexe über. In virulenten Fällen erkranken schon wenige Tage nach der Infektion Tuben und Eierstöcke.

Trete bei akuter Zervixgonorrhöe aus der Portio gelblicher oder weißer, dicker Eiter heraus, so finde sich bei der chronischen Form glasiger, zäher Schleim und mitunter eine Erosion; Vaginitis granulosa und spitze Kondylome sollen mit der Gonorrhöe nicht in ätiologischem Zusammenhang stehen. Auch bei der Zervix bedeute das Fehlen von Gonokokken noch nichts gegen gonorrhoische Grundlage der Erkrankung.

Bezüglich der Behandlung der Zervixgonorrhöe bedauert Vf. den hier bestehenden Nihilismus namentlich wieder im Vergleiche zu der modernen Bekämpfung der männlichen Gonorrhöe, bezw. deren frühzeitigen Behandlung. Nach den Ergebnissen der Statistik habe man auch gar keinen Grund, mit dem bisherigen nihilistischen Standpunkt zufrieden zu sein. Vf. weist deshalb hin auf die Bierhefebehandlung nach der ursprünglichen Lindauschen Methode. Ein Allheilmittel sei ja die Bierhefe auch nicht; wenn eine wesentliche Beteiligung der Korpus-Schleimhaut vorliege, reiche auch sie nicht aus.

Vf. verwendet ganz frische Bierhefe, wie sie aus der Brauerei geliefert werde, wobei er Sorge trage, daß auch Bierwürze in reichlicher Menge vorhanden sei. Soll die Behandlung Erfolg haben, so müssen zwei Bedingungen erfüllt sein: 1. Müsse gärende Hefe mindestens zwölf Stunden in der Vagina vorhanden sein, da sonst von einer Abtötung der Mikroorganismen keine Rede sei. 2. Müssen die alten Bierhefemassen gründlichst entfernt werden, da diese einen ausgezeichneten Nährboden für die Mikroorganimen abgeben. Eine weitere Vorbedingung für jede Schleimhautbehandlung sei, daß vorher Schleim und Sekret gründlichst entfernt werden; aus Vagina und Vulva bewerkstellige man dies am besten mit heißen Wasserspülungen und nachherigem Austupfen mit Watte. Die Entfernung aus der Zervix nimmt Vf. jetzt so vor, daß er die Saugbehandlung durchführt.

In akuten Fällen scheue er sich aber bei der großen Angst, die derzeit noch vor der Behandlung akuter Fälle bestehe, eine Saugbehandlung auszuführen. Die Bierhefe spritzt er mittels Spekulum in die Vagina, legt hierauf ein mit Bierhefe gefülltes Gelatinsuppositorium ein und einen in Bierhefe getauchten Tampon. Das Suppositorium bilde ein Depot, aus welchem allmählich neue Bierhefemassen geliefert werden, wobei noch außerdem die Gelatine einen ausgezeichneten Nährboden abgebe. Damit die äußeren Genitalien und die Oberschenkel nicht mit alter Bierhefe beschmutzt werden, läßt Vf. eine Menstruationsbinde tragen. Es scheine, daß tatsächlich die Hefe bei Einbringung in die Vagina auch auf die Zervix wirkt, jedenfalls wurden eine Reihe von Katarrhen geheilt, in welchen Gonokokken auch im Zervikalkanal gefunden worden waren.

Ob die Hefezellen in die Zervix in reichlicher Menge aufsteigen oder ob der Alkohol und die Kohlensäure in statu nascendi auf den Zervikalkanal einwirken, sei nicht zu entscheiden. In einem Falle fanden sich bei der Hefebehandlung mit nachfolgender Auskratzung in den ausgekratzten Zervixmassen einige Haufen von Hefezellen, in den Korpusmassen jedoch fanden sich keine solchen. Es scheinen demnach bei Einbringung von Hefe in

die Vagina die Hefezellen in die Zervix, nicht aber in den Uterus zu gelangen.

Bei stärkerer Erkrankung hält Vf. die Kombination der Bierhefebehandlung mit nachfolgender intrauteriner Aetzung für sehr günstig, schon deshalb, weil durch die erstere im voraus schon die Erkrankung der Vagina wirksam bekämpft werde, durch welche sonst bei der Aetzbehandlung infektiöses Material in den Uterus geschleppt werden könne. Sein Erfolg bei einem Falle von akuter puerperaler Parametritis mit starkem Ausfluß und Urethrozystitis bestimmte Vf. auch dazu, bei Frauen mit schmerzhaften Adnexen und starkem Fluor gleichfalls Hefebehandlung in Anwendung zu bringen und der Erfolg war ein so eklatanter, daß er diese Art der Anwendung nur wärmstens empfehlen kann.

Rheolstäbchen in den Uterus einzuführen hält Vf. nicht für zweckmäßig, nicht allein wegen der vielfach ungünstigen Erfahrungen der Literatur und seiner eigenen, sondern auch deswegen, weil auch theoretische und bakteriologische Untersuchungen zur Anwendung der Dauerhefe nicht sehr aufmuntern und vor allem aus der Erwägung, daß hier altes Hefematerial im Uterus zurückgehalten werde, das ein ausgezeichnetes Nährmaterial für Mikroorganismen abgebe und welches auf natürlichem Wege kaum aus dem Uterus entfernt werde. Neben der Hefebehandlung darf die thermokaustische Behandlung geschwellter Follikel, die Behandlung der Urethritis, der peri- und paraurethralen Gänge in der Vulva und die der Dammrisse, das Koitusverbot und die Behandlung des Mannes nicht übersehen werden.

Vf. berührt dann noch die weiteren Spülbehandlungen und die Abortivbehandlung, die er in drei Fällen auf besonderen Wunsch und unter ausdrücklicher Betonung der Gefahr vorgenommen habe.

Es wurden Spülungen der Harnröhre und der Vagina mit 5—10%igem Protargol vorgenommen, ein Stäbchen in die Urethra eingelegt und 20%ige Formangaze in die Vagina und den untersten Teil der Zervix eingeführt, nachdem vorher die Vagina mit Protargollösung gut ausgespült worden war.

In allen drei Fällen war die Schmerzhaftigkeit keine bedeutende, nach 8—10 Tagen waren Gonokokken nicht mehr nachweisbar. Doch weiß Vf. über den weiteren Verlauf der Fälle nichts.

Spitze Kondylome entferne man mit dem Aethylchloridspray, man vereise dieselben bis auf den Grund und nach wenigen Tagen fallen sie ab. Es sei nicht unbedingt erforderlich, die dazwischen liegende Haut mit Vaselin zu schützen.

Des weiteren wird die Behandlung der Uterusgonorrhöe selbst noch besprochen. Nach den herrschenden Anschauungen habe jede Behandlung der akuten Uterusgonorrhöe ein Aszendieren des Prozesses zur Folge. Die Behandlung werde also erst später vorgenommen und zumeist nur dann, wenn keine schmerzhaften Adnexentzündungen vorhanden seien, nach der Vorschrift der Mehrzahl der Autoren nur dann, wenn jede Adnexerkrankung fehle. Auskratzungen seien angezeigt, wenn starke Blutungen vorhanden seien. Bei der sonstigen Behandlung finden Aetzungen heutzutage am meisten Verwendung. Den Injektionen werde nachgesagt, daß die Flüssigkeit leicht durch die Tuben in die Peritonealhöhle gelangen könne, wodurch sogar tödliche Unglücksfälle sich ereigneten. Zu den Aetzungen bediene man sich der S ä n g e r schen elastischen Sonde oder der Asbeststäbchen, welche sich ausglühen lassen. Vor Verwendung des Aetzmittels müsse der Schleim gründlichst entfernt werden. Man tue dies durch Einführung eines Streifens in die Uterushöhle, was natürlich nicht immer leicht durchführbar sei. Vf. glaubt, daß man durch das Ansaugen nach B i e r unmittelbar vor der Aetzung das Sekret in genügendem Maße entfernen kann. Hierauf werde die Portio angehackt und der Aetzmittelträger eingeführt. Zur Aetzung eignet sich nach gehöriger Desinfektion des Instruments Jodtinktur, 25%iger Karbolalkohol, 50%iges Chlorzink, Guajakolglyzerin, Wasserstoffsuperoxyd, Natriumlygosin, Milchsäure, Ichthargan. Besonderer Vorliebe erfreue sich aber das Chlorzink, welches, wenn es auch kein Desinfektionsmittel sei, doch das Endometrium vor dem Eindringen der Mikroorganismen schütze. Den einen

Nachteil habe das Chlorzink, daß es manchmal zu stark ätze. Aetzungen dürfe man nur einmal in 14 Tagen ausführen, es könne zu sehr schmerzhaften Uterus- und Tubenkoliken kommen. Bezüglich der Adnexbehandlung weist Vf. nur kurz auf Massage, Heißluft- und Heißwasserbehandlung hin; im allgemeinen werde man bei akuter Infektion der Adnexe sich auf Ruhe, Eisbeutel, etwas später auf Dunstumschläge, Sorge für Stuhl und eventuell schmerzstillende Mittel beschränken. Manche Autoren lassen die Kranken wochen- und monatelang im Bett liegen und glauben dadurch einem Rezidiv vorzubeugen; die meisten Aerzte gestatten das Aufstehen, sobald die Schmerzhaftigkeit geschwunden ist. Doch vor dem Aufstehen empfehle es sich, warme Ausspülungen zu verordnen und Ichthyoltampons einzulegen. Von der Anwendung von Bierhefe hat Vf. — wie oben erwähnt — gute Erfolge gesehen, doch sind seine Erfahrungen spärlich. Es kommt dann noch die Beteiligung des Peritoneums — Eröffnung der Bauchhöhle bei Bildung freien, gonokokkenhältigen Eiters — sowie die Behandlung der Rektalgonorrhöe zur Sprache. Die subjektiven Beschwerden seien hier gering: häufiger Stuhldrang, Brennen am After. Die Behandlung bestehe in Spülungen mit einer schwachen Protargollösung und Einlegen von Suppositorien mit 0·01 Argentum nitricum. Der Schluß wird der gonorrhoischen Erkrankung von Schwangerschaft und Wochenbett gewidmet. In der Schwangerschaft finde ein starkes Absinken der Keimzahl statt, während im Wochenbett die Zahl der Keime wieder bedeutend ansteige. Während man früher glaubte, daß die Gonorrhöe sehr häufig zur Sterilität Anlaß gebe, sei man heute anderer Meinung. Nach Bumm seien 8% aller Ehen durch Gonorrhöe kinderlos, es sei dies wohl eine kleine Zahl mit Rücksicht auf die sonst starke Verbreitung der chronischen Gonorrhöe. Man sehe nicht zu selten Frauen, die eine einseitige, ja selbst beiderseitige Adnexerkrankung durchgemacht haben, konzipieren und austragen.

Eine gewisse Rolle spiele auch die chronische Gonorrhöe bei der Extrauteringravidität und wurde Gravidität in einer Tube beobachtet, die mit gonorrhoischem Eiter erfüllt war. In Dezidua und Plazenta seien Gonokokken nachgewiesen worden.

Die Behandlung der puerperalen Uterusgonorrhöe bestehe in längerer Bettruhe, bis alle Schmerzhaftigkeit geschwunden sei; Aetzungen und Spülungen seien im allgemeinen zu meiden, doch leiste auch hier die Hefebehandlung, wie Martin angebe, recht Gutes. Die Behandlung der anderen gonorrhoisch infizierten Organe decke sich mit der Behandlung außerhalb der Schwangerschaft.

Eine ausführliche Literaturangabe von 97 Nummern beschließt die besonders in extenso lesenswerte, interessante und ausführliche Arbeit. — (Wien. med. Presse Nr. 4—6 u. 8, 1907.)

Urologie.

Pyelitis.

1. Beitrag zur Erkennung der Pyelitis. Von M. Liewschitz. Ref. Fritz Loeb, München.

2. Die Komplikation der Schwangerschaft mit Pyelitis. Von Dr. Meek. Ref. Stabsarzt Ott, Benediktbeuern.

1. Liewschitz gibt in seiner Arbeit eine recht gute Besprechung der Differentialdiagnose der Pyelitis. Obgleich Pyelitis ein häufiges Leiden ist, kann man die sichere Diagnose oft nicht gleich stellen, da die klinischen Symptome in manchen Fällen nur mangelhaft ausgesprochen sind. Und doch ist die Diagnose „Pyelitis" von hoher praktischer Bedeutung, sowohl in Betreff der Prognose als auch wegen der einzuschlagenden Therapie. Die latent verlaufenden Pyelitiden gehören nicht zu den Seltenheiten und sind durch eingehende Untersuchung zu erkennen. Der Grund, weshalb die Diagnose „Pyelitis" am Krankenbett nicht sofort gestellt wird, ist teils in dem Umstand zu suchen, daß diese Affektion häufig sehr rasch und unter wenig alarmierenden Symptomen verläuft, teils dadurch erklärlich, daß in einer größeren Reihe von Fällen die Allgemeinerscheinungen auf ein Ergriffensein des Nierenbeckens gar nicht hin-

weisen. Ferner findet man auch, daß bei Pyelitis calculosa die Schmerzen keineswegs immer jenen in den meisten Lehrbüchern angegebenen Verlauf längs den Ureteren nach den Genitalien hin zeigen, der einen Schluß auf den Sitz der Affektion ermöglichen kann, man begegnet vielmehr Fällen, bei denen die Lokalisation der Schmerzen eine derartige ist, daß man geneigt ist, eher an eine einfache Kardialgie oder Darmkolik zu denken. Auch die makroskopische Beschaffenheit des Harnes bietet im Beginn, was Farbe und Durchsichtigkeit betrifft, nichts abnormes dar. In anderen Fällen, insbesondere bei der primären und absteigenden Form, beginnt die Pyelitis plötzlich. Mitten in bester Gesundheit werden die Leute von Fieber, Kopfschmerzen, Schmerzen an der Wirbelsäule, Uebelkeit und Erbrechen heimgesucht und sehen in diesem Zustand einem Typhuskranken nicht unähnlich, so daß ohne charakteristischen Urinbefund, ohne den Nachweis eines Tumors in der Nierengegend und ohne Mangel der sonst für Typhus charakteristischen Zeichen eine Differentialdiagnose ein Ding der Unmöglichkeit wäre. In wieder anderen Fällen — hieher gehören besonders die aufsteigenden Formen — entwickelt sich die Krankheit schleichend, so daß es oft einer äußerst sorgfältigen und oft wiederholten Untersuchung bedarf, um die Diagnose zu sichern. Erst allmählich und oft nach langer Zeit treten örtliche und allgemeine Symptome auf, die das Bestehen einer Pyelitis offenkundig machen. Bei einer anderen Form der Pyelitis, der idiopathischen, liegt die Sache gewöhnlich so, daß man eher an Muskelrheumatismus, an beginnende Peritonitis, Appendizitis, Salpingitis etc. denkt, als an ein Leiden des Nierenbeckens.

Unter den örtlichen Symptomen ist in erster Linie der Lendenschmerz zu nennen. Derselbe tritt spontan auf und besteht zumeist ohne Unterbrechung mit wechselnder Intensität längere Zeit fort, oder er wird erst durch Druck auf die Nierengegend ausgelöst. Dieses Symptom ist sehr konstant, und der Sitz der Schmerzen rechts oder links der Wirbelsäule in Nierenhöhe. Selten ist der Schmerz nur auf eine Seite beschränkt, immer aber wird bei einseitiger Erkrankung die entsprechende Seite als der Hauptsitz des Schmerzes angegeben, so daß bei dem Vorhandensein aller übrigen Symptome die Lokaldiagnose auf keine weitere Schwierigkeiten stößt. Der Lendenschmerz strahlt gewöhnlich nach verschiedenen Richtungen hin aus, so nach den Schultern oder den unteren Extremitäten, auch entlang den Ureteren, sowie nach Blase und Hoden hin. Geringfügige Anlässe können ihn bis zur Unerträglichkeit steigern und dem Patienten Rückenlage unmöglich machen. In anderen Fällen tritt er überhaupt paroxysmal auf, hervorgerufen durch Kälte, Anstrengungen oder heftige Körperbewegungen. Deshalb vermeiden es die Patienten, ihre Lage im Bett oft zu wechseln, zu husten oder zu niesen, weil dies gewöhnlich Veranlassung zu einer Steigerung der Schmerzen gibt, wogegen Ruhe, Wärme und Seitenlage zur Besänftigung derselben beitragen. Ein zweites wichtiges, aber nicht zu konstantes Symptom ist das Auftreten eines Tumors in der Nierengegend. Der Tumor muß natürlich eine gewisse Größe erreichen, um der Palpation zugänglich zu werden. Häufig ist dies aber nicht der Fall, und dann beschränkt sich der Befund nur auf ein mehr oder weniger ausgeprägtes Resistenzgefühl auf der Seite der erkrankten Niere. Bisweilen kann aber die Geschwulst, besonders bei Verstopfung des Ureters durch ein Konkrement oder bei Obliteration desselben eine sehr bedeutende Dimension — bis Mannskopfgröße — erreichen und mehrere Liter Eiter oder eiterigen Urin enthalten. Mit den vorderen Bauchdecken tritt ein pyelitischer Tumor nie in Kontakt, immer ist er von Darmschlingen bedeckt. Doch kann nach Perforation des pyelitischen Tumors der austretende Eiter das Peritoneum von der Wirbelsäule abheben, die Darmschlingen beiseite drängen, so daß schließlich das vorher die Vorderfläche der Niere und die Wirbelsäule bedeckende Bauchfell mit den Bauchdecken in Kontakt kommt. Eine weitere Eigenschaft pyelitischer Tumoren ist die an denselben bei genügender Fül-

lung oft leicht, manchmal aber schwierig nachweisbare Fluktuation, sowie ein sehr charakteristischer Wechsel im Volumen, der sich durch die zeitweise erfolgende Entleerung größerer Eitermengen, die dann im Urin zum Vorschein kommen, erklärt.

Als weitere wichtige Symptome sind Anomalien zu nennen, die bei der Harnentleerung auftreten. Zunächst besteht als subjektives Symptom, besonders bei Mitbeteilung der Blase, Harndrang. Die Kranken empfinden das Bedürfnis, binnen kurzer Zeit oftmals die Blase zu entleeren. Die Harnentleerung selbst geht nicht selten unter großen Schmerzen von statten, und dabei kann sich die Menge des entleerten Urins auf wenige Tropfen beschränken. Bei der chronischen Pyelitis ist dagegen die Abnahme der Harnmenge selten, häufiger eine Zunahme bis auf das Doppelte und Dreifache der Norm infolge einer verminderten Resorption von Harnwasser in der Marksubstanz der ergriffenen Niere. Entsprechend der Menge ist das spezifische Gewicht normal oder häufiger verringert; es schwankt zwischen 1015 und 1019. Die Reaktion ist in sehr vielen Fällen sauer; immer bei primären Pyelitiden. Bei den aufsteigenden Formen aber, die häufig mit Harnretention einhergehen, nimmt der Harn infolge eintretender ammoniakalischer Gärung alkalische Reaktion an.

Eines der wichtigsten Symptome stellt das Auftreten von Eiter dar, es kommt zur Pyurie. Der Harn wird trüb gelassen und sondert nach einiger Zeit ein Sediment ab; der über dem Bodensatz stehende Harn bleibt trüb durch die Anwesenheit von Schleim, welcher suspendiert ist und in seinen Maschen noch Eiterkörperchen eingeschlossen enthält. Das Harnsediment selbst kann bis zu einem Viertel des Harnvolumens und darüber ausmachen, wenn die Eiterkörperchen, welche teils vereinzelt, teils aber, wenn die Nierenpastillen bereits mitergriffen sind, wenn also nicht mehr eine reine Pyelitis besteht, zu Flocken und selbst förmlichen Eitertropfen zusammengeballt erscheinen. Diese können den Ureter an seiner Mündung oder auch in seinem Verlauf verstopfen und hiedurch kolikartige Schmerzen, Vergrößerung des Nierentumors etc. herbeiführen, bis der Pfropf durch den eintretenden erhöhten Druck im Tumor durchgepreßt wird und die Passage wieder frei gibt, worauf nach Entleerung einer größeren Eitermenge die Symptome sich verringern oder gar verschwinden können, bis eine erneute Verstopfung durch einen anderen Pfropf die ganze Szene wiederholt. Dasselbe Bild findet man natürlich bei Verletzung des Ureters durch Konkremente. Ist dabei die andere Niere gesund, so kann während der Kolikanfälle der Urin völlig normal sein, um dann plötzlich beim Nachlassen der Schmerzen oft enorme Eiterungen zu zeigen. Dieses Vorkommnis ist als intermittierende Pyurie bezeichnet worden. Außer diesen Eiterzellen und Eiterpfröpfchen findet man im Sediment Epithelzellen verschiedener Art, aus den Sammelröhrchen der Nierenpapillen, aus dem Nierenbecken und aus der Blase. Besonders den Nierenbeckenepithelien hatte man anfänglich großen diagnostischen Wert beigelegt. Dieselben zeigen, wenn sie aus den tieferen Schichten stammen, Fortsätze; sie stellen sich als sogenannte geschwänzte Zellen dar und sind des öfteren dachziegelförmig angeordnet. Bald jedoch fand man, daß diese Zellen auch bei ausgesprochener Pyelitis nicht eben sehr häufig im Harnsediment vorkommen und außerdem morphologisch den Epithelien aus den tieferen Schichten der Blasenschleimhaut so ähnlich sind, daß es unmöglich erscheint, dieselben mit bestimmter Gewißheit als aus dem Nierenbecken stammend anzusprechen, woraus sich eine ganz bedeutende Einschränkung ihres diagnostischen Wertes ergibt. — (Diss. Berlin, 1906.)

2. Meek versteht unter dieser Form von Pyelitis nur die Fälle, die rein im Anschlusse bezw. im Zusammenhang mit Schwangerschaft entstehen, ohne daß vorher eine Affektion des Nierenbeckens irgend welcher Art vorhergegangen ist.

Schon 1891 hat er auf diese Erscheinung aufmerksam gemacht und berichtet nun über drei gleiche Fälle, die mit Fieber, Schmerzen in der rechten Lende, aus-

strahlend in den rechten Ureter, Uebelkeit, Erbrechen und rapider Abmagerung einhergingen. Die Erscheinungen von Seite des uropoetischen Systems waren Eiter im Urin, Spuren von Eiweiß, Epithelzellen, Mangel an Formelementen der Nieren, sauere Reaktion des Harnes.

Es handelte sich darum, ob man bei dem heruntergekommenen Zustand der Kranken nicht besser die Schwangerschaft unterbrechen solle, doch erwies sich dies in der Folge angesichts der Besserung in dem Befinden der Kranken nicht notwendig.

Die betreffenden Frauen befanden sich im 5. bis 6. Monat ihrer Schwangerschaft, als sie mit den akuten Symptomen erkrankten. Eine hatte schon bei einer vorausgehenden Schwangerschaft ähnliche Erscheinungen geboten, bei allen Dreien verschwanden diese nach der Entbindung; in den späteren Schwangerschaften trat Aehnliches bei den Betreffenden nicht mehr auf.

Die Behandlung bestand in Bettruhe, Milchdiät, eventuell Urotropin mit großen Quantitäten Wassers, salinischen Abführmitteln und im Bedarfsfall in kleineren Morphiumgaben.

Die Aetiologie des Zustandes scheint mit zwei Faktoren zusammen zu hängen: 1. Mit der Kompression des Ureters durch den graviden Uterus; 2. mit Infektion der Harnwege oberhalb der Kompressionsstelle. Zystitis konnte ausgeschlossen werden.

Nach Olshausen, Starfiels und Andreen ist erwiesen, daß Ureterenkompression mit konsekutiver Erweiterung in der Schwangerschaft vorkommt und daß meistens der rechte Ureter dabei betroffen ist.

Als Ursache dieser Verschiedenheit der beiden Seiten wurde folgendes angenommen:

1. Die größere Prominenz der rechten Iliaca commun. über die linke am Beckenrand setzt den rechten Ureter einem größeren Druck zwischen Uterus und Iliaca aus.

2. Die häufige Drehung des Uterus um seine Längsachse von links nach rechts vorwärts rückt den vergrößerten Uterus mehr in den rechten obliquen Durchmesser des Beckens, als in den linken und setzt dadurch den rechten Ureter einem größeren Druck aus.

3. Die größere Häufigkeit der Lage des fötalen Kopfes im rechten obliquen Durchmesser vermehrt die Häufigkeit des Druckes auf den rechten Ureter.

Die meisten authentischen Fälle, auch die des Vfs., betrafen die rechte Seite.

Was den Punkt der Infektion des Harntraktus oberhalb der Kompression betrifft, so ist natürlich, daß der Reiz der Schleimhaut durch zurückgestauten Harn dieselbe mehr aufnahmefähig für Infektion macht, doch bestehen hinsichtlich aszendierender oder deszendierender Infektion Meinungsverschiedenheiten unter den Autoren. Nach Rebland und anderen wird die Infektion verursacht sowohl durch die von der Niere und die entlang dem Harntraktus ausgeschiedenen Organismen als auch in einigen Fällen durch Uebertragungen derselben aus dem nahen Darmkanal. In den Fällen des Vfs. wird beim Fehlen von Zystitis eine deszendierende Infektion angenommen.

In den bakteriologisch untersuchten Fällen wurde als Infektionserreger der Kolibazillus gefunden. Irrungen in der Diagnose können bei genauer Erforschung der Fälle nicht vorkommen.

Schwangerschafts-Unterbrechung ist, wenn überhaupt, so doch selten notwendig. Abgesehen von lokaler Anwendung der Eisblase in der Lendengegend bei Schmerzen, wurde die Therapie schon oben besprochen. — (Amer. journ. of obstetrics, Febr. 1907.)

Ueber die Bedeutung der Blasentuberkulose und die Heilbarkeit derselben. Von Thorkild Rovsing, Kopenhagen. Ref. Fritz Loeb, München.

Vf. faßt die wichtigsten Erfolge seiner Erfahrung in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die Blasentuberkulose ist gewöhnlich von einer primären Tuberkulose der einen oder anderen Niere verpflanzt, nur ausnahmsweise greift eine primäre Genitaltuberkulose auf die Blase hinüber und noch seltener ist die Blase primär und allein angegriffen. 2. Es ist ganz hoffnungslos, eine von der Niere ver-



pflanzte Blasentuberkulose zu beseitigen, ehe die betreffende Niere entfernt ist. 3. Man muß sich deshalb niemals mit der Diagnose Cystitis tuberculosa beruhigen, sondern alles daran setzen, Auskunft über den Zustand der Nieren zu schaffen, ob sie gesund sind, ob eine oder beide Nieren angegriffen sind. 4. Hiezu ist wohl einfache Zystoskopie, wie Untersuchung des Harns, der mit Hilfe der sogenannten Harnsegregatoren oder Diviseurs von jeder Seitenhälfte der Blase aufgesammelt ist, ganz unzuverlässig, weil die von einer Niere zur Blase verpflanzte Tuberkulose bald an der der gesunden Niere entsprechenden Hälfte der Blase lokalisiert, bald über beide Seitenhälften verbreitet ist. In beiden Fällen werden die genannten Untersuchungsmethoden zu dem verhängnisvollen Irrtum führen, daß die Nierenaffektion doppelseitig ist und der Patient seinem Schicksal überlassen wird, obgleich das Leiden in Wirklichkeit nur einseitig und eine Genesung möglich ist. Nur Uretherenkatheterisation mit Auffangen und Untersuchung des direkt von jedem Ureter genommenen Harnes kann sichere Antwort auf die Frage geben, und das nur, wo der Harn der beiden oder der einen Niere von Tuberkulose frei befunden wird. Bekommen wir dagegen tuberkulösen Harn beider Ureteren, so ist damit nicht gesagt, daß beide Nieren tuberkulös sind, denn das Material des Vfs. beweist, daß die Blasentuberkulose durch den Ureter gegen die gesunde Niere hinauf aszendieren kann. Dieser Harn wird dann auf dem Wege durch den Ureter purulent und bazillenhaltig, obgleich die Niere gesund ist. In solchen, wie in den nicht ganz wenigen Fällen, wo die Ureterenkatheterisation wegen Blasenulzerationen oder wegen Striktur der Ureterenmündung unmöglich gemacht wird, kann ein doppelter explorativer Lumbalschnitt eventuell mit Ureterostomie zur Diagnose der aszendierenden Ureterentuberkulose die für die rechte Behandlung notwendigen Auskünfte über den Zustand der Nieren verschaffen. Ist die primär angegriffene Niere entfernt, so sieht man nicht selten eine beginnende oder wenig verbreitete Blasentuberkulose spontan ausheilen. Bleibt die Spontanheilung aus, breitet sich die Tuberkulose aus, oder ist sie schon über große Partien der Blase verbreitet, dann kann noch die vom Vf. angegebene Behandlung mit 6%igem Karbolwasser in den allermeisten Fällen die Genesung herbeiführen, wie 13 der Fälle des Vfs. zeigen. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 82, H. 1, 1907.)

Dermatologie.

Ueber Lichen scrophuloserum. Von Dr. Lesseliers. Ref. Nobl, Wien.

Ueber die Zugehörigkeit des Lichen scrophulosorum zu den spezifischen Manifestationen der Tuberkulose ist bisher keine einheitliche Anschauung zur Festlegung gelangt. Namentlich sind es die morphologischen Charaktere des Exanthems, die immer wieder bald die rein entzündliche Natur des Leidens, bald die tuberkulöse Beschaffenheit annehmen lassen. L. untersuchte an der Klinik Jadassohn 17 Fälle geweblich und hatte auch die klinischen Daten zur Verfügung. In 14 Fällen wiesen die Effloreszuren tuberkulösen Bau auf. (Epitheloid- und Riesenzellen.) Ein Fall zeigte die gleiche Konfiguration ohne Riesenzellen. Ein Fall zeigte einfache Entzündungserscheinungen. Das negative Ergebnis vieler Prüfer erklärt Vf. teils daraus, daß nicht eine genügende Anzahl von Blüten in jedem Falle untersucht wurden, teils aus dem Umstand, daß keine gleichlautende Einteilung der als zugehörig zu erachtenden Formen existiert. Für die Beurteilung atypischer Fälle ist in der Tuberkulinreaktion eine Direktive gegeben.

Im übrigen gehört es unter Umständen zu den schwierigsten Aufgaben, eine exanthematische Tuberkulinreaktion vom Lichen scrophulosorum zu unterscheiden Die Recherchen nach Bazillen (Wolff, Jacobi, Bettmann, die einzig positiven) lassen im Stich, ebenso der Tierversuch. Uebrig bleibt nur die Gewebsuntersuchung als halbwegs verläßlich.

Der prifollikuläre Sitz des tuberkulösen Infiltrats ist als Hauptanhaltspunkt zu betrachten. Die spontanen Formen des Lichen scrophulosorum decken sich in ihrer Struktur vollkommen mit jenen, welche nach Tuberkulininjektionen manifest werden, und am wahrscheinlichsten ist die Annahme, daß mit derselben nur latente Herde zum Vorschein gebracht, nicht aber provoziert werden.

Ueber nodöse Jodexantheme. Von Dr. Tomimatsu Schidachi. Ref. Nobl, Wien.

Der in mehreren Fällen vom Vf. verfolgte praktisch und diagnostisch belangreiche Ausschlag präsentiert sich in Form kutaner und kutan-subkutaner Knoten von Nuß-, Ei-, Apfel- bis Handtellergröße, die meist an den Extremitäten sitzen, in wechselnder Zahl aufschießen und sich meist ohne Zerfall völlig rückbilden. Eine Umwandlung der tuberkulösen Formen in nodöse konnte Vf. nicht verfolgen. Bei weiterer Jodzufuhr treten zuweilen neue Knoten auf. Vf. steht auf dem Standpunkt, daß die Gewebsreaktion von der eingeführten Medikamentenmenge abhängig ist. Ein Plus der usuellen Dosis vermag provozierend zu wirken. Einen Wechsel in der Intoleranz will S. nicht bemerkt haben.

Die in vielen Fällen verfolgte Jodintoleranz bei bestehender Niereninsuffizienz traf für keinen der Fälle Vfs. zu, auch nicht das Auftreten der Knoten nach einem Absinken der Jodausscheidungszahlen. Anatomisch entsprach in einem explorierten Fall dem klinischen Befund eine Entzündung der Kapillaren und kleinen Venen, eine akute Entzündung um die Gefäße und „Wucheratrophie". Auf die spezielle Beteiligung der Venen ist seit Philippsons Darlegungen bei allen hämatogenen Entzündungen, speziell im Unterhautzellgewebe, das größte Gewicht zu legen (Erythema nodosum, Erythèm Bazin, Syphylis). Ob die Bildungen nach Jodverabreichung rein toxischer oder embolischer Herkunft sind, entzieht sich vorderhand der Entscheidung. — (Med. Klin., Nr. 7, 1907.)

Ueber Granulosis rubra nasi und Miliaria crystallina und alba. Von Elisabeth Mirolubow. Ref. Nobl, Wien.

Im Jahre 1901 veröffentlichte Jadassohn eine Angabe über eine eigenartige Hauterkrankung, welche vorzüglich bei Kindern in Erscheinung tritt und nach den hervorstechendsten Merkmalen als Granulosis rubra nasie bezeichnet wurde. Seither ist an der Berner Klinik und in Jadassohns Klientel das zugehörige Material auf 22 Fälle angewachsen, welche Mirolubow in der Inaugural-Dissertation benützt, um nochmals die Haupteigenschaften des Prozesses einer Sichtung zu unterziehen und mit den anderweitig veröffentlichten Wahrnehmungen in Parallele zu stellen. Die Zahl aus der Gesamtliteratur bezieht sich auf 27 männliche und 31 weibliche Individuen.

Nach wie vor haben die Lokalisation an der Nase (Rettung und Bildung stecknadelkopfgroßer, intensiv geröteter, dicht stehender Knötchen), Hyperhydrosis, jahrelanger Bestand, Auftreten im jugendlichen Alter (10—12 Jahre), Kombination mit Hydrozystomen, peripherer Asphyxie, Anämie etc., als die Hauptzeichen des Leidens zu gelten. Anatomisch bildet ein die Schweißdrüsenausführungsgänge umgebendes entzündliches Infiltrat das Substrat der Läsion.

Bezüglich der Miliaria weist Vf. nach, daß dieselbe auch unter Okklusivverbänden zustande kommen kann und die Miliaria crystallina ohne entzündliche Komplikation zur Miliaria alba werden kann. — (Diss. Bern, 1906.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Ueber paraurethrale Blennorrhöe. Ref. Nobl, Wien.

Die blennorrhoische Erkrankung vorgebildeter Drüsengänge und epithelbekleideter Einstülpungen ist in die Reihe jener Veränderungen vorgerückt, die nicht mehr der spezialistischen Hinweise bedürfen, um einer Beachtung sicher zu sein. Das gehäufte Vorkommnis dieser

Läsionsform befähigt nunmehr auch den Praktiker, die vorkommenden Läsionen richtig anzusprechen und unter den therapeutischen Behelfen jene Wahl zu treffen, die rasch zum Ziele führt. Gewebliche Abweichungen, topographische Eigenheiten und nicht in letzter Linie klinische Gesichtspunkte rechtfertigen es immerhin, wenn der Kasuistik weitere Ergänzungen zugeführt werden. Aus der Klinik Jadassohn sind weitere vier Wahrnehmungen zu verzeichnen. W. Winkler berichtet zunächst über das Vorkommnis einer mit Epithel ausgekleideten Zyste auf der Unterseite des Präputiums. Dieses präformierte, vor Jahren infolge eitriger Infektion inzidierte Gebilde nahm bei einem Studenten in der dritten Krankheitswoche einer Blennorhöe den spezifischen Charakter an. Die histologische Untersuchung der exstirpierten Zyste ergibt ein mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidetes Lumen, Infiltrat des Bindegewebes und Gonokokkenrasen im oberflächlichsten Epithel der Zystenwand. — (Monatsschr. f. Urol., Bd. 10, H. 9.)

Zwei weitere Kranke wiesen durch Eiterpusteln markierte präputiale Gänge auf, deren Inhalt Gonokokken führte. Die exzidierten Formationen zeigten den typischen Bau der von Drüsenanhängsel und Haarfollikel freien Gänge. P. Kohn fügt der Reihe die Beobachtung eines kirschkerngroßen und an der Raphe Penis hinter dem Frenutum sitzenden Knotens hinzu, der eine Blennorrhöe komplizierte. Die Veränderung wurde einige Zeit hindurch für luetisch angesprochen. Schnittreihen des nach Zieler behandelten Gebildes zeigten einen von hohem Zylinderepithel ausgekleideten Gang, die Gonokokken waren meist nur frei im Lumen anzutreffen. In den Wandungen selbst hatten sie nur zu im Gebiete geschichteten Pflasterepithels Beziehungen. Vf. nimmt an, daß, obschon das Zylinderepithel unter normalen Umständen ganz gut von Gonokokken besetzt werden kann, sich bei einer Regeneration nach erfolgter Entzündung eine gewisse Immunität desselben gegen die Invasion herausbildet, d. h. ein durch Metaplasie wieder zylindrisch geformtes Ersatzepithel Gonokokken nicht aufnimmt. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 1, 1907.)

Untersuchungen über Syphilis an Affen. Von E. Finger und K. Landsteiner, Wien. Ref. E. Spitzer, Wien.

Als Fortsetzung zu ihrer früheren Studie über Syphilisimpfung an Affen (Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 78) berichten Vf. in der vorliegenden Arbeit über drei große Kapitel: 1. über Impfung mit verschiedenem Syphilismaterial, 2. über Untersuchungen über Immunität bei Syphilis, 3. über die Pathogenese gummöser Formen.

Ad 1. Entsprechend den positiven Impfresultaten mit syphilitischen Lymphdrüsen von Metschnikoff und Roux und Neißer verimpften Vf. siebenmal Lymphdrüsen, und zwar fünfmal inguinale und zweimal kubitale. Davon ergaben vier Fälle positive Impfresultate, einer ein negatives. Zwei Impftiere starben. Die Drüsen entstammten der Primär- und Sekundärperiode.

Impfungen mit dem Blute Syphilitischer wurden an sechs Tieren vorgenommen; bei dreien derselben gleichzeitig noch eine Impfung mit zerriebenem Papelbrei. Während die drei letzten gemischten Impfungen positiv waren, ergab sich an den bloß mit syphilitischem Blut geimpften Tieren an der Impfstelle nur eine rasch schwindende diffuse Rötung und kleinste, schnell vorübergehende Knötchen, die ein absolut positives Resultat nicht zuließen. Konform mit den Befunden von Hoffmann und Neißer scheint das Blut Syphilitischer nicht sehr reichliche oder nur zu gewissen Zeiten erhebliche Mengen von Syphilisvirus zu beherbergen.

Impfungen mit Milch von syphilitischen Wöchnerinnen, die in zwei Fällen vorgenommen wurden, ergaben ein negatives Ergebnis.

Drei Impfungen mit dem Sperma Syphilitischer gaben zwei positive Resultate und ein negatives. Das Sperma wurde durch Expression der Samenbläschen und der Prostata per rectum gewonnen. Der eine positive Fall stammte von einem recenten Fall mit vier Monat

alter Lues ohne Hodenerkrankung, und wies im Sperma mikroskopisch gut bewegliche Spermatozoen auf; der zweite positive, von einer drei Jahre alten Syphilis mit beiderseitiger interstitieller Hodenlues ohne Spermatozoen. Es ist somit der Beweis erbracht, daß das Sperma Luetischer auch ohne spezifische Hodenerkrankung infektiös sei.

Ad 2. Zur Bestimmung einer Immunität bei Syphilis wurden Impfungen in zweierlei Weise vorgenommen; einerseits, wo die zweite Impfung noch vor dem Auftreten des ersten Impfeffekts geschah, anderseits, wo die Reinfektion erst nach dem Erfolg der ersten Impfung vorgenommen wurde.

In beiden Versuchsserien gelang es deutlich nachzuweisen, daß eine zweite Impfung noch vor Eintritt des ersten Impfeffekts möglich sei, und daß ferner auch noch eine zweite Impfung nach bereits auftretenden Folgeerscheinungen der ersten Impfung eine neue Infektion setze. Es besteht somit eine bestimmte Zeit nach der ersten Infektion noch nicht eine völlige Immunität, doch wird bereits die Inkubationszeit und der Verlauf der zweiten Impfung von der ersten Impfung beeinflußt.

Bezüglich der durch Syphilis erworbenen Immunität, die mit der Zeit abnimmt und eine neue Infektion nicht resultatlos verlaufen läßt, wurden von Vf. an sicher luetisch erkrankten Personen im exanthematischen und tertiären Stadium Impfungen mit Syphilismaterial vorgenommen — Untersuchungen, die völlig unschädlich sind und von Kraus und Spitzer zu Heilzwecken angewandt wurden. Vf. konnten dabei nachweisen, daß die bisher geltende Anschauung von der völligen Immunität gegen Neuinfektionen nicht mehr absolute Giltigkeit habe, sondern daß die Syphilis aller drei Stadien auf Syphilisvirus mit örtlichen spezifischen Erscheinungen reagiere.

Als Produkt einer vorgenommenen Reinfektion entstehen um die Zeit des exanthematischen Stadiums nach 10- bis 14tägiger Inkubation kleinste braunrote Knötchen, die sich mit Schuppen und Borken bedecken und nach mehreren Wochen mit pigmentierten Narben abheilen.

Bei Tertiärsyphilitikern bilden sich mit erythematösem Hof umgebene, scharf umschriebene Infiltrate, die in ihrem Aussehen und Verlauf stark den tertiären Hautsyphiliden ähneln. Daß die Impfpapeln keine bloßen Reizeffekte waren, wie es nachher die Franzosen glaubten, bewiesen Kontrollimpfungen, die mit avirulentem (erhitztem) oder mit nicht spezifischem Material vorgenommen wurden.

Die Immunität, die zurzeit des Initialaffekts noch nicht ausgebildet ist, nimmt weiter zu, ohne im Sekundärstadium eine absolute zu werden. Die Immunität steigert sich auch noch im Sekundärstadium, was die spärlicher werdenden Rezidive beweisen. Daß aber eine völlige Immunität nicht bestehe, zeigen die Rezidive, die nichts anderes als Effekte des im Körper kreisenden Virus sind, ähnlich den künstlich gesetzten Superinfektionen.

Im Tertiärstadium besteht partielle Immunität mit alterierter Reaktionsfähigkeit des Organismus.

Als Superinfektionen im primären Stadium sind auch die von Sabarcanu bezeichneten Chancres syphilitiques successifs aufzufassen. Bildet sich eine Superinfektion zehn Tage vor dem Ausdruck der sekundären Erscheinungen, so hat sie die Form von papulösen Efflorescenzen (regionäre Papeln), wenn vor dieser Zeit, so das Bild eines typischen Initialaffekts.

Es ist somit eine Reinfektion mit Syphilis möglich, und je nach dem Stadium der Immunität wird es zur Ausbildung einer Initialsklerose mit Drüsenschwellung oder nur zu weniger charakteristischen papulösen Formen kommen.

Ad 3. Nach den ersten positiven Impferfolgen mit Gummen von Finger und Landsteiner ist es in der Folge auch Neißer und wieder den Vf. gelungen, Gummen auf Affen zu übertragen. Daß diesen positiven Resultaten mehrere negative (Salmon, Metschnikoff und Neißer) gegenüberstehen, ist aus der geringen Menge von Virus, das im Gumma enthalten ist,

zu erklären, wie ja auch Spirochäten in den tertiären Produkten nicht nachgewiesen werden konnten.

Die besondere Beschaffenheit der spätsyphilitischen Veränderungen wäre entweder auf einer Veränderung des Virus zu erklären, oder es wäre eine geänderte und verstärkte Reaktion des spätsyphilitischen Organismus auf das spärlich vorhandene Virus oder dessen Produkte anzunehmen.

Aehnliche Momente dürften bei der Syphilis maligna mitspielen, wo der Spirochätennachweis nur sehr schwer gelingt und die Impfaffekte nur geringe sind. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 81, 1906.)

Venöse Stauung — zur Diagnostik einer Roseola syphilitica. Von J. und R. Horand, Paris. Ref. E. Spitzer, Wien.

Zur deutlichen Veranschaulichung eines schwach sichtbaren luetischen Exanthems nehmen Vf. eine venöse Stauung einer Extremität vor. Die venöse Stauung bewirkt einen Zufluß zu den venösen und arteriellen Kapillaren, das sind gerade jene hyperämischen Hautinseln, welche die einzenen Makulae umfassen. Auf violettem Grund heben sich dann die Makulae als kupferrote Flecke recht deutlich ab. Durch diesen Kunstgriff soll es auch gelingen, ein sonst noch nicht sichtbares Exanthem zur Anschauung zu bringen.

Durch das entgegengesetzte Verfahren, arterielle Kompression nach vorheriger Suspension einer Extremität, kann man ein bestehendes Exanthem beinahe völlig zum Schwinden bringen.

Diese früher erwähnten Farbenunterschiede der Flecke sind fast regelmäßig an der unteren Extremität im Vergleich zur oberen sichtbar und treten bei Leuten mit Stauungserscheinungen recht deutlich hervor. — (Société de Derm. et de Syph., Nov. 1906.)

Behandlung der Syphilis auf rektalem Wege. Von Ch. Audry, Toulouse. Ref. E. Spitzer, Wien.

Als eine einfach zu praktizierende Merkurialisierung bei Syphilis empfiehlt Vf. Rektalsuppositorien aus grauem Oel. Vorher angestellte Versuche mit Mikroklysmen, die verschiedene Quecksilbersalze enthielten, gaben keine günstigen Resultate. Als beste Zusammensetzung für die Suppositorien ergab sich eine Kakaobuttermasse, der per Stück 0·05 g eines 40%igen grauen Oeles einverleibt war. Das einzelne Suppositorium enthielt somit 0·02 g Quecksilber. In selteneren Fällen wurden Suppositorien mit 0·03 bis 0·04 g Quecksilber angewendet. — Bei Kindern genügen 0·015 g metallisches Quecksilber. Diese täglich vorgenommene Quecksilbereinverleibung ließ die luetischen Erscheinungen ebenso schnell wie nach den anderen geübten Methoden zurückgehen, ohne irgendwie Schmerzen, Tenesmus oder Diarrhöen zu erzeugen. Trotzdem wandte Vf. die Behandlung mit Quecksilbersuppositorien nicht bei schweren Fällen von Lues an, die eine rasche und sichere Inkorperation des Quecksilbers erfordern, sondern hält dort die kutane oder subkutane Applikation für angezeigter.

Nur im Vergleich mit der internen Quecksilberverabreichung, besonders bei Kindern, weil keine Verdauungsbeschwerden erzeugend, käme die Behandlung mit Quecksilbersuppositorien in Betracht. — (Annales de Derm., 1906.)

Kinderheilkunde.

Enteritis.

I. Ueber die Prophylaxe der Gastroenteritis beim Säugling. (Die Uebererernährung und ihre Behandlung.) Von Felix Blairon. Ref. Eugen Binswanger, München.

2. Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, speziell des Brechdurchfalls. Von K. Apfelstedt, Berlin-Friedenau. Ref. Einstein, Stuttgart.

3. Bemerkungen zu den Gewichts- und Temperaturkurven bei der Gastroenteritis der Kinder. Von Lucien Rivet. Ref. Eugen Binswanger, München.

I. Diese überaus lesenswerte, allerdings auch ziemlich umfangreiche Arbeit (159 Seiten) basiert auf der Beobachtung von 275 an Gastroenteritis erkrankten Säuglingen im Hospital Herold, Abteilung Dr. Barbier zu Paris.

Den Begriff „Säugling" begrenzt Blairon mit dem 15. Monat inklusive, weil bis zu diesem Termin die Milch die hauptsächlichste Nahrung des Kindes bildet. Unter diesen 275 magendarmkranken Kindern waren nach Ansicht des Vfs. 272 infolge von Uebelernährung erkrankt. Diese exorbitante Ziffer erklärt sich ohne weiteres, wenn wir lesen, daß Autor selbst Kinder, welche nur 110 g Milch pro Kilogramm und Tag erhielten, als überernährt betrachtet, denn „als Uebelernährung muß man jede Dosierung der Nahrung bezeichnen, die imstande ist, Ernährungsstörungen hervorzurufen, welche schwinden bei Verminderung der Dosis". Gegen diese Definition wäre wohl manches einzuwenden. In erster Linie wohl, daß der ins moderne Kinderspital gebrachte kleine Patient ja doch auch noch anderen günstigen Beeinflussungen als nur der Nahrungsänderung unterliegt. Schon ausschließlich die Fernhaltung der schädlichen Einflüsse seiner seitherigen Umgebung ist ein hoch anzuschlagender Faktor. Eine Besserung der Ernährungsstörungen und eventuell Gewichtsanstieg können daher nicht unbedingt eindeutig in jedem Falle auf die Verminderung der Nahrungsmenge bezogen werden, und es erscheint dem Referenten nicht berechtigt, eine Nahrungsmenge als Uebelernährung zu bezeichnen, deren Kalorienwert weit unter demjenigen steht, welchen ein gleichalteriges und gleichschweres Brustkind durchschnittlich in der Frauenmilch aufnimmt.

Wenn wir demnach zwar dafür halten, daß Blairon dem Begriff Ueberernährung zu weite Grenzen zieht, so ist diese Diagnose doch bei einem großen Teil seiner Beobachtungen sicher zutreffend.

Die wirksamste Prophylaxe gegen die Ueberernährung und ihre Folgen sieht Blairon vor allem in einer möglichst energischen Propagierung des Selbststillens und in zweiter Linie in sorgfältigster ärztlicher Ueberwachung des Flaschenkindes. Die bevorzugte Stellung des Brustkindes gegenüber dem Flaschenkinde, und zwar sowohl bezüglich seines Schutzes vor Erkrankung, als auch seiner Widerstandsfähigkeit im Falle der Erkrankung, spricht mit überzeugender Eindeutigkeit aus den Zahlen Blairons: von 149 Todesfällen, über welche die Arbeit berichtet, treffen 142 Flaschenkinder, 5 in Abstillung begriffene Säuglinge und nur 2 Brustkinder. Der Autor resümiert sein Urteil dahin: „Die Gastroenteritis der Flaschenkinder ist tödlich, die der Brustkinder heilbar." Mit dem bekannten Salzkorn genommen, sicherlich eine traurige Wahrheit.

Bei Besprechung der praktischen Maßnahmen im Sinne der Arbeit läßt der Autor alle Institutionen, welche öffentliche und private Wohltätigkeit zur Einschränkung der Kindersterblichkeit getroffen, Revue passieren. Der leitende Gedanke, der diese äußerst lesenswerte, scharfe, aber gerechte Kritik beherrscht, ist in dem Satze ausgesprochen: „Jede Institution, welche Kind und Mutter trennt, ist verwerflich."

Von diesem — zweifellos berechtigten — Standpunkt aus finden die Kleinkinderbewahranstalten, Krippen u. s. w., welche natürliche Ernährung ausschließen, schärfste Verurteilung; ganz besonders trifft diese harte Kritik diejenigen Anstalten, welche gar nicht oder — wie meist der Fall — nur nominell unter ärztlicher Aufsicht stehen. „La crèche est nuisible, delenda est Carthago." Auch die sogenannte „Dispensaires", die Milchverteilungsstellen, weist Blairon in die Klasse der „gefährlichen Halbheiten" und sieht in ihnen Einrichtungen, die geeignet sind, die Ausbreitung der künstlichen Ernährung zu unterstützen.

Unter den segensreichen Institutionen nennt Blairon an erster Stelle die sogenannten „crèches d'usines", einen Begriff, den wir bewußtermaßen mit „Stillstuben" nur schlecht übersetzen. In oder bei industriellen Etablissements, welche eine größere Zahl von Frauen beschäftigen, ist eine Einrichtung getroffen, welche es den Frauen ermöglicht, ihre Kinder dort in Wartung zu geben und während der festgesetzten Stillpausen selbst dort zu nähren. Daß eine derartige Institution ebenso billig wie zweckmäßig ist, leuchtet ohne wei-

teres ein und es wäre nur zu wünschen, daß solche Einrichtungen auch bei uns baldigst von Staatswegen eingeführt würden. Eine weitere nachahmungswerte Maßnahme schildert Blairon in den Säuglingsberatungsstellen, welche den öffentlichen geburtshilflichen Kliniken angegliedert sind, und in erster Linie die ärztliche Kontrolle der in diesen Kliniken geborenen Säuglinge ermöglichen, aber auch sogenannten „Externen", d. h. nicht in der Anstalt entbundenen Müttern und deren Säuglinge offenstehen. In einem interessanten zahlenmäßigen Bericht über die Tätigkeit der Beratungsstelle der Maternité de Tenon zu Paris schildert Blairon den Erfolg, den eine solche Einrichtung mit relativ bescheidenen Mitteln zu erzielen vermag.

Mit Recht wird weiterhin ein energischer gesetzlicher Schutz für die junge Mutter gefordert, der ihr das Stillen des Kindes auch wirklich ermöglicht. Blairon konstatiert die traurige Tatsache, daß die berühmte „Loi Roussel" nur auf dem Papier existiert. Wie betrübend die Verhältnisse, zu deren Beseitigung ja seinerzeit dieses Gesetz geschaffen wurde, noch heute in Frankreich sind — und bei uns sind sie kaum besser — zeigt Blairon in einer sehr beachtenswerten kleinen Statistik, welche er unter den nichtstillenden Frauen der Beratungsstelle der Maternité de Tenon anstellen ließ, über die Gründe des Nichtstillens.

61% waren ledig, vom Vater des Kindes verlassen und zum Erwerb genötigt, der sie am Stillen hinderte;

8·5% waren verheiratet, aber trotzdem zur Arbeit genötigt;

8·5% waren ledig, vernachlässigten das Kind, um ihren Fehltritt zu verbergen;

19%, teils verheiratet, teils vom Vater des Kindes unterstützt, hatten keinen stichhaltigen Grund für das Nichtstillen;

3% hatten keine Milch. (?)

Aus der reichhaltigen und anregenden Arbeit Blairons möchten wir nur noch in Kürze einige Gedanken zitieren: „Man kann die Frauen an ihrem eigenen Schicksal und den ihres Säuglings nur durch greifbare Vorteile, und seien sie auch noch so klein, interessieren." Vf. schlägt daher kleine Geldgeschenke vor und zeigt die Erfolge damit. Ein Gedanke, der in Deutschland an einigen Stellen schon in die Tat umgesetzt ist und sich durchaus bewährt. Weiter schlägt Vf. eine Art staatlicher Mutterschaftsversicherung vor, welche der jungen Mutter ausreichende Unterstützung und damit die Möglichkeit des Selbststillens verschafft. Die nötigen Mittel wären durch eine Besteuerung der kinderlosen Hausstände und der unverheirateten Männer aufzubringen. Zweifellos ein beachtenswerter und aussichtsreicher Gedanke.

Zum Schlusse sei es dem Referenten gestattet, auch einige Ueberlegungen auszusprechen, welche zwar der Autor nicht anstellt, die sich aber dem Leser seiner interessanten Publikation an der Stelle aufdrängen, an welcher Blairon über das Schicksal der 275 magendarmkranken Säuglinge berichtet, deren Beobachtung im Krankenhaus ja die Grundlage seiner Arbeit bietet. Es starben 149 (also genau 54·2%) der Patienten, es verließen das Krankenhaus ungeheilt 26, geheilt 100 (also genau 36·7%). Oder in Kürze: über die Hälfte der Patienten starben, nur etwas über ein Drittel von ihnen wurde geheilt. Diese erschreckenden Ziffern haben mehr als ein lokales Interesse. Sie sind in allen Kinderspitälern ähnlich, welche ohne Ammen arbeiten. Vergleichen wir hiemit die Resultate von Kinderkrankenhäusern, in denen die Möglichkeit besteht, den kranken Kindern, wenn nötig, Frauenmilch zu verabfolgen (z. B. Säuglingsheim Dresden, Gesamtmortalität 1904: 22·9%), so lautet unser Urteil in dürren Worten: Ein Säuglingskrankenhaus ohne Ammen ist ein Verbrechen an den kleinen Patienten. Die Tragik, welche für jeden Leser aus den Zahlen der verdienstvollen Publikationen Blairons spricht und die eminente Wichtigkeit dieser Dinge auch für die Zustände bei uns

mag diese Abschweifung des Referenten entschuldigen. — (Thèse de Paris, 1906.)

2. Apfelstedt glaubt, daß man mit der Ernährungstheorie und -Therapie des akuten Brechdurchfalles (Cholera infantum, Sommerdiarrhöe) auf einem toten Punkt angekommen sei. Als Ursache der Krankheit nimmt er die Anwesenheit von Bacterium coli hoher Virulenz im Darm des Säuglings an. Am meisten zu fürchten ist das von außen eingeschleppte Bacterium coli.

Die Einschleppung kann durch die Hand der Pflegerin erfolgen; das Bakterium stammt dann aus kurz vorher entleerten Fäzes von Erwachsenen oder Säuglingen. Am gefährlichsten jedoch ist das aus stagnierenden oder gärenden Fäkalien stammende Bacterium coli. Dieses wird von jungen Stubenfliegen in die menschlichen Wohnungen und direkt auf und in den Mund des Säuglings gebracht. Die Fliegen legen ihre Eier in Fäkalien, wo dann auch die ganze Entwicklung der jungen Brut stattfindet. Und gerade die stagnierenden, gärenden Fäkalien, in denen sich das Bacterium coli zu höchster Virulenz entwickelt, sind die besten Brutstätten für die Fliegen. Die in menschlichen Fäkalien groß gewordenen Insekten scheinen nun auch gerade von menschlichen Gerüchen am meisten angezogen zu werden und sich daher mit Vorliebe in die unreinen, schlecht ventilierten Wohnungen der Armen zu wenden.

Abhilfe sieht der Vf. in Aufklärung der Pflegerinnen über die Hygiene der Defäkation (Waschgelegenheit in Aborten!), Schutz der Wohnungen vor Fliegen, durch Ventilation, Reinlichkeit, Fliegenfenster etc., Beaufsichtigung der Säuglinge, vor allem aber in polizeilichen Verordnungen gegen offene Senkgruben und ähnliches, wie sie auch in Städten mit guter Kanalisation in Neubauten, Laubenkolonien etc. vorkommen. Außerdem sollte die Cholera infantum dem Seuchengesetz unterstehen. — (Ther. Monatsh., Okt. 1906.)

3. Der Arbeit von Rivet liegen die Beobachtungen zugrunde, welche Vf. im Sommer 1906 auf der Abteilung des Professors Hutinel im Hospice des Enfants-Assistés zu Paris gemacht hat.

Die typische Temperaturkurve des an akuter Gastroenteritis erkrankten Säuglings weist zu Beginn der Erkrankung sehr hohe Temperaturen auf, welche unter dem Einfluß der Wasserdiät sehr bald absinken. Eine häufige Ausnahme von diesem Typus bilden diejenigen Patienten, welche trotz schwerer Allgemeinerscheinungen bei Einlieferung ins Krankenhaus normale oder subnormale Temperaturen zeigen, nach wenigen Stunden Bettruhe aber ebenfalls extrem hohe Temperaturen aufweisen. Mit Hutinel erklärt Rivet dies Phänomen als eine Folge des Transports zum Spital durch die damit verbundene Abkühlung in der frischen Luft. Für die sofortige richtige Beurteilung des Zustandes eines ins Spital verbrachten enteritischen Kindes ist die Kenntnis dieser Verhältnisse unter Umständen von großem Werte. Unter reiner Wasserdiät oder Verabreichung von Gersten- oder Reiswasser kehrt die Temperatur zur normalen Höhe zurück. Dann rät Vf. die Verabreichung von Gemüseabkochungen und erst im Anschluß hieran die vorsichtige Rückkehr zur Milchkost.

Bei Verabreichung von Buttermilch nach der Entfieberung sah Vf. häufig neuerlich Temperaturanstieg, dessen Intensität je nach dem zeitlichen Abstand von den akuten Erscheinungen des Krankheitsbeginnes variiert.

Wiederholt beobachtete der Vf. bei rekonvaleszenten Entiritikern plötzlichen exzessiven Temperaturanstieg (bis 42° C. und darüber) und daran anschließenden Exitus. Er erklärt dies nach Hutinel als Septikämie infolge Spitalsinfektion. In einem solchen Falle gelang Vf. der Streptokokkennachweis im Blute, allerdings erst wenige Stunden nach dem Tode.

Bezüglich der täglichen Gewichtskurve betont Vf. deren — wohl von keiner Seite bestrittenen — Wert für die Beurteilung des Ernährungsregimes. Die Beobachtung eines mäßigen Gewichtsanstieges während der Verabreichung kalorienarmer, aber salzreicher Gemüseabkochungen findet nach Vf. ihre Erklärung in deren rela-



tivem Salzreichtum und dadurch bedingter Wasserretention. Für den Gewichtsstillstand resp. Gewichtsabnahme trotz gut verdauter Stühle in der ersten Zeit der Wiederverabreichung von Milchkost nennt er — in etwas unbestimmter Weise — als Ursache „Assimilationsstörungen" (troubles d'assimilation), besonders bezüglich der Fettresorption, als Ursache, welche noch während der Rekonvaleszenz fortbestehen sollen. — (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Februar 1907.)

Beiträge zur Kenntnis der Darmstörungen der Säuglinge und der Säuglingssterblichkeit. Von T. J. P. Schabert. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. fand ohne Ausnahme bei den Neugeborenen zwischen dem dritten und fünften Lebenstag Stühle, die man als dyspeptische bezeichnen kann. Der Uebergang zum normalen Stuhl erfolgte zeitlich sehr verschieden. Eine ganz auffällige Begleiterscheinung der dyspeptischen Darmstörung sind Staphylokokken, die wohl als Erreger der Affektion anzusehen sind. Die Herkunft des Staphylokokkus kann eine sehr mannigfache sein: die Luft des Zimmers, Badewasser, Couveuse, Vaginal- und Lochialsekret, Nahrung etc., Frauenmilch. Die Schwere der Infektion hängt ab vom Kräftezustand des Säuglings wie der Quantität und Virulenz der eingewanderten Staphylokokken. Die kräftigeren, widerstandsfähigeren Kinder kommen bei guter Pflege und bei guten hygienischen Verhältnissen über ihre Staphylokokkenenteritis schnell hinweg und die Darmaffektion hat keinen besonders ungünstigen Einfluß auf Leben und Widerstandsfähigkeit derselben. Der Organismus der von Anfang an schwächlichen Kinder wird durch die Affektion noch mehr geschwächt und infolgedessen können nicht genug Antikörper produziert werden, um der Affektion ein Ende zu machen oder eventuell später hinzutretenden neuen Infektionen des Darmes Widerstand zu leisten. Der Ikterus neonatorum ist als ein katarrhalischer anzusehen. Die in späteren Tagen an Enteritis gestorbenen Kinder hatten alle in den ersten Tagen eine Enteritis durchgemacht. Fast die Hälfte aller Todesfälle fiel in die ersten drei Monate. Das Material für seine Arbeit hat Vf. der kgl. Frauenklinik zu Heidelberg entnommen. — (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 24, H. 1.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Neuere Mittel und Anwendungsformen.

Monotal.

Monotal, ein neues externes Antiphlogistikum und Analgetikum, hat A. Hecht (Beuthen) zum Gegenstand einer beachtenswerten Arbeit gemacht (Heilkunde, Nr. 1, 1907). Das Monotal (Bayer & Cie.) ist ein Aethylglycolsäureester des Guajakols. Es bildet eine unterhalb Körpertemperatur (bei 31°) schmelzende, weiße Kristallmasse, die beim gelinden Erwärmen oder Verreiben auf der Haut (ähnlich wie Kakaobutter, Opodeldoc etc.) zu einem farblosen, schwach aromatisch riechenden Oel zerfließt. Auf die Haut eingerieben, reizt es nicht und wird gut resorbiert. In den beiden der Applikation folgenden Tagen beträgt die Resorption etwa 8%, während von Guajakolum purum in derselben Zeit 10—17% resorbiert wird. Die Dosis beträgt für Erwachsene annähernd 4—5 g pro die, ein- bis zweimal auf Brust oder Rücken einzureiben, bezw. aufzupinseln; für Kinder (Säuglinge ausgeschlossen) entsprechend weniger. Das Mittel hat viele Vorzüge vor dem reinen Guajakol; seine Indikationen sind indessen die gleichen. In erster Linie hebt Vf. die schmerzstillende Wirkung des neuen

*) **Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.**

Mittels hervor; dieselbe hat sich nicht allein bei Neuralgien, sondern auch bei Neuritiden als eine zuverlässige erwiesen. In einer Reihe von Fällen, wo alle möglichen medikamentösen wie physikalischen Heilmittel versagt hatten, erwies sich das Monotal als durchaus wirksam und zuverlässig. Deshalb hält Vf. seine Anwendung auch in solchen Fällen von akutem Gelenksrheumatismus für indiziert, wo die schmerzstillende Wirkung der Salizylpräparate ausbleibt. Bei chronischem Rheumatismus hat Hecht das Monotal wiederholt mit Erfolg gegeben. Ebenso bei Muskelrheumatismus. Weiter fand er das Präparat von günstiger Wirkung bei drei Fällen von Erysipel und bei drei Fällen von gonorrhoischer Nebenhodenentzündung. Bei Lungenerkrankungen zeigte sich das Mittel wirkungslos. Bei seröser Pleuritis bewährte es sich dagegen nicht nur als schmerzstillend, sondern auch als antiphlogistisch wirkend.

Blaudium. (Ferrum carbon. pur. frigid. parat.) D. R. Pat. Nr. 172.471 und 178.878. Beitrag über das Verhalten des reinen kohlensauren Eisens und die Assimilierung desselben im Organismus.*)

Durch die Chemie ist bereits seit langem bekannt, daß Eisen der wichtigste anorganische Bestandteil des Blutes ist.

Dieses Eisen im Blute ist einem beständigen Verbrauche unterworfen und muß daher immer wieder ergänzt werden.

Im gesunden Körper geschieht das bekanntlich schon durch die Zuführung der gewöhnlichen Nahrungsmittel, die mehr oder weniger Eisen enthalten; der kranke Organismus dagegen ist nicht imstande, den Eisenmangel ohne besondere Hilfsmittel genügend oder rasch genug zu ersetzen.

Unter diesen Hilfsmitteln war das Eisen, wie es in den natürlichen Eisenquellen vorkommt, das renommierteste, und dieses kohlensaure Eisen der Eisenquellen behauptet auch heute noch trotz aller modernen künstlichen Eisenpräparate den ersten Platz.

Da die natürlichen Eisenquellen nur an bestimmten und verhältnismäßig wenigen Stellen aus der Erde hervorquellen, so ist die Benutzung derselben meist mit vielen Kosten und Umständen verknüpft und nicht für jedermann möglich, eine Kur auch nicht zu jeder Jahreszeit ausführbar. Der volle Erfolg einer solchen Kur ist aber mehr oder weniger an den Genuß des frischen Eisenwassers gebunden, da durch Versand und längere Aufbewahrung in Flaschen die kohlensauren Eisenwässer leiden.

Man hat deshalb schon seit Jahrzehnten sein Augenmerk auf die Herstellung eines vollkommenen Eisenkarbonats gerichtet, welches dem von der Natur gelieferten ebenbürtig ist.

Was unter kohlensaurem Eisen oft verstanden, substituiert und geliefert worden ist, das ist in allen chemischen und pharmakologischen Lehrbüchern genau beschrieben.

Die Menge und Vielseitigkeit der Bestrebungen auf diesem Gebiete liegt darin begründet, daß die Herstellung des Eisenkarbonats wegen seiner leichten und schnellen Oxydierbarkeit eine schwierige ist.

In Berührung mit Luft beginnt nämlich das eben frisch gefällte Präparat sich sofort zu zersetzen, Kohlensäure wird abgespalten und entweicht, das Eisenoxydul wird zu Eisenoxyd oxydiert und diese Umwandlung schreitet so rasch fort, daß das Präparat oder ein wesentlicher Teil desselben in Eisenoxydhydrat umgewandelt wird.

Jedenfalls will aber der Arzt, wenn er Ferrum carbonicum verschreibt, kein Ferrum oxydatum haben oder Präparate, die nur zum geringen Teil aus kohlensaurem Eisen bestehen und mit diesem nur den Namen gemein haben.

Andere Präparate, die das Ferrum carbonicum je nach Vorschrift der Herstellung in meist größerer Menge enthielten, z. B. die Blaudschen Pillen, waren durch die Umsatzprodukte bei der Darstellung (Kali sulfuricum, Kali carbonicum, Ferrum sulfuricum) beschwert, und ihre Wirkung daher oft beeinträchtigt, weil von nicht erwünschten Nebenwirkungen begleitet.

---

*) Mitgeteilt von A. Flügge, Hannover.

Das Streben der modernen Medizin geht ja allgemein dahin, die Arzneistoffe in chemisch reiner Form zu geben.

Ob das kohlensaure Eisen, welches eine Oxydulverbindung ist, als solches vom Körper direkt aufgenommen und assimiliert wird, steht noch nicht absolut fest. Jedenfalls dürfte in der außerordentlich leichten Verwandlung des Karbonats in Hydroxydverbindung und in der dadurch gegebenen Möglichkeit, dieses in feinster Verteilung darzubieten, der Hauptgrund der prompten Wirkung zu suchen sein.

Die nahen Beziehungen dieser beiden Eisenverbindungen wurden bereits erwähnt und sind schon bei den natürlichen Eisenquellen zu beobachten, indem beim Verschwinden der Kohlensäure aus dem Wasser das Eisen sich als ein rötlicher Bodensatz absetzt.

Genau so wird der Vorgang im Organismus vor sich gehen: schon im Magen entbindet der Sauerstoff die Kohlensäure aus dem Eisenkarbonat, und die Bildung von Eisenhydroxyd findet daher teilweise schon im Magen statt.

Daß dieses sozusagen im Status nascendi gebildete feinst verteilte Eisenhydroxyd von leichter Resorbierbarkeit und ausgezeichneter Wirkung sein muß, ist leicht zu verstehen.

In dem Blaudium hat man es sowohl in der flüssigen Form als auch in den Pillen mit einem vollständig reinen, auf kaltem Wege hergestellten und präzipitierten Eisenpräparat zu tun, dem genau dieselben Eigenschaften zukommen wie dem Eisenkarbonat der natürlichen Eisenwässer; dieses ist durch die Analysen von Professor Eschweiler (Techn. Hochschule Hannover) festgestellt worden. Jedenfalls liegt im Blaudium ein Eisenpräparat vor, welches das Eisen in einer vorzüglich assimilierbaren Form enthält (vergl. natürliche Eisenwässer) und dabei frei ist von störenden Nebenwirkungen, was durch die Praxis vollauf bestätigt ist.

Als ein wichtiges Moment für die Verträglichkeit der Blaudiumpräparate ist die Entwicklung von Kohlensäure beim Eintritt in den Magen zu erwähnen: aus zehn Tropfen Blaudium oder einer Pille entwickelt sich 10—12 cc. reine Kohlensäure, welche anregend wirkt und zur Bekömmlichkeit des Blaudiums beiträgt.

Auch zu Eisenbädern, die den besonderen Vorzug haben, zugleich Kohlensäurebäder zu sein, ist Blaudium das gegebene Präparat.

Schon von Döbereiner wurde zu Eisenbädern Eisensulfat mit einem Zusatz von kohlensaurem Kali empfohlen, um das Eisensulfat in kohlensaures Eisen umzusetzen und um die adstringierende Wirkung des Eisensulfats zu beseitigen. Die Erfahrung hat jedoch gelehrt, daß diese Umsetzung nur unvollkommen gelang. Ein nach dem Verfahren D. R. P. Nr. 172.471 und Nr. 178.878 hergestelltes Blaudiumkohlensäurebad enthält zirka 40 g kohlensaures Eisen*) und entwickelt beim Gebrauch in mikroskopischen Bläschen zirka 60.000 cm^3 reine Kohlensäure.

Jodofan.

Ueber Jodofan, ein neues organisches Jodpräparat, als Jodoformersatzmittel berichtet H. Eisenberg (Berlin) in der Münch. med. Wochenschr. Nr. 12, 1906. Jodofan, ein rötlich-gelbes, vollkommen unlösliches Pulver, bietet nach den an 49 Fällen gesammelten Erfahrungen des Vfs. alle Vorteile des Jodoforms ohne dessen Nachteile. Es ist gänzlich geruchlos, ungiftig und ruft nie Ekzem hervor. Dabei entfaltet es im Gegensatz zum Jodoform trotz absoluter Reizlosigkeit auch auf oberflächlichen Wunden intensive antiseptische Eigenschaften. Bei der bakteriologischen Prüfung finden diese ihren Ausdruck darin, daß jedes Wachstum von Plattenkulturen schon in 1 cm Entfernung von der Trockensubstanz aufhört.

Zur Wundbehandlung wurde Jodofan in dünner Schicht (um Schorfbildung zu verhüten) aufgestreut oder es wurde Jodofangaze benutzt, die fertig zu

*) Wird aber auch mit geringeren Eisengehalt abgegeben.



beziehen ist oder nach der an der v. Bergmannschen Klinik üblichen Art der Jodoformgazezubereitung selbst hergestellt werden kann. Jodofan kam zur Anwendung bei Inzisionswunden bei Panaritien, vereiterten Atheromen und Furunkeln, Brandwunden zweiten Grades, Aetzschorf, Verletzungen durch Schnitt, Riß und Quetschung, die offen behandelt werden mußten; Haut-, Muskel- und Sehnenschnittwunden, die durch Naht geschlossen werden konnten.

Der Wundverlauf war ausnahmslos ein günstiger, bei einer tiefen Verschorfung am Unterarm durch Schwefelsäure sogar überraschend. Sodann kamen zur Behandlung Ekzeme, Ulcera mollia und Ulcera cruris varicosa mit ebenso günstigem Erfolge. Bei der letztgenannten Affektion fand 20%ige Jodofanpaste Verwendung, unter der eine überaus rasche Epidermisierung in einem besonders hartnäckigen Falle eintrat. Von gynäkologischen Erkrankungen wurden ein Dekubitalgeschwür, Dammnähte und ein inoperables jauchendes Portiokarzinom beobachtet. Durch Jodofangaze wurde bei letzterem absolute Geruchlosigkeit und Aufhebung der Fäulnis erzielt, wie sie vorausgegangene Jodoformanwendung nicht erreichen konnte. Weitere Versuche mit dem Jodofan (Chem. Institut von Dr. Horowitz, Berlin) werden erweisen müssen, ob es die großen Erwartungen, die man nach den bisherigen Beobachtungen zu hegen berechtigt ist, voll erfüllt.

Ueber die Behandlung des Furunkels und die Verhütung der Furunkulose mittels Jodofan berichtet Dr. Gerstle, Berlin, in der Med. Klinik Nr. 9, 1907. Die Anwendung des Jodofans, als eines überaus kräftigen, vollkommen reizlosen Wunddesinfiziens inauguriert nach Vf. in der Behandlung des Furunkels einen großen Fortschritt, da es imstande ist, die Ausbreitung der Furunkel zu verhüten. Vf. hat in 28 Fällen nicht einmal eine Propagation „gesehen". Er ging in folgender Weise vor: Torpide Furunkel wurden durch Kataplasmen erweicht, zum Wachsen neigende inzidiert. Bei großem Schnitt bis ins Gesunde wurde trocken verbunden, bei kleiner Inzision, die noch eine Resorption des umliegenden entzündeten Gewebes erforderlich machte, feucht. Die Wunde selbst wurde dünn mit Jodofanpulver bestreut oder mit der fertig zu beziehenden 10%igen Jodofangaze bedeckt. In weiterer Umgebung des Furunkels wurde die Haut mit Liqu. alumin. acet., 1‰ acid. salicyl. oder physiologische Kochsalzlösung benetzt (um das aufzustreuende Pulver fester haften zu lassen) und dann reichlich mit Jodofan bestreut. Das abfließende Sekret trifft dadurch nicht die ungeschützte Haut, sondern wird durch das Jodofan unschädlich gemacht. Bei der Kataplasmenbehandlung kam Jodofan in ähnlicher Weise zur Verwendung. Dies Verfahren erwies sich dem Vf. ausnahmslos als vorzüglich wirksam. Einige ausführlich geschilderte Fälle illustrieren den Einfluß des Jodofans. Bei einem Patienten, der alljährlich im Herbst an zahlreich auftretenden Furunkeln zu leiden hatte, heilte unter dieser Behandlung der erste Furunkel rasch aus, ohne weitere nach sich zu ziehen. Sehr günstig verlief auch ein schwerer Furunkel bei einem Diabetiker, der unter anderer Behandlung nicht zur Heilung kommen wollte.

Vf. erklärt das Jodofan als eines der besten Wundantiseptika, das sich ihm auch bei frischen Verletzungen, Ulcus cruris varicosum et traumatic., Ulcus molle, Panaritien, jauchenden Portiokarzinom, nässendem Ekzem u. s. w., bestens bewährt hat, da es mit starker antiseptischer Wirkung Reizlosigkeit, Belebung der Granulationen, Geruchlosigkeit und Ungiftigkeit vereint.

2. Neuere Mittel.

a) Pharmakologische Präparate.

Acidum glyconicum. Oxydationsprodukt von Glykose und Rohrzucker. Sirupöse Masse. Anwendung bei Coma diabeticum.

Acidum gymnemicum. Gymnemasäure, aus den Blättern der Asclepiadee Gymnema silvestris gewonnen. Sie ist wenig löslich in Wasser, leicht in Alkohol. In 1—5%iger alkoholischer Lösung als Mundwasser bei Parageusie der Diabetiker.



Acidum kakodylicum. Dimethylarsinsäure. Löslich in Alkohol und Wasser. In alkalischer Lösung gegen Tuberkulose angewendet; rein in 2·5%iger versüßter Lösung gegen hartnäckige Psoriasis, vier- bis sechsmal täglich einen Kaffeelöffel voll. — (Ber. v. Gehe.)

Aether formicicus. Ameisensäureäthylester, Aethylformiat. Anwendung bei Kehlkopf- und Rachenkatarrhen. (Einatmung.)

Agathinum. Salicylaldehyd-Methylphenylhydrazon. Antirheumaticum und Antineuralgicum. Dosis 0·25—0·5 g. Es ist unlöslich in Wasser, leicht löslich in Alkohol und Aether.

Agopyrin. Gemisch von Cinchoninsulfat, Chlorammon und Salicin in Tablettenform. Gegen Influenza.

Alformin ist eine konzentrierte, zirka 16% basisches Aluminiumformiat enthaltende Lösung. Eigenschaften: Geruchlose ungiftige Flüssigkeit von großer Haltbarkeit und Ausgiebigkeit. Anwendung: Als Antiseptikum zum Gurgeln und als Mundwasser. — (Riedels Ber.)

Asbolin. Alkoholisches Rußdestillat, welches Brenzcatechin enthalten soll, gelbliche, sirupdicke Flüssigkeit, gegen Tuberkulose.

Asthmatol. Zusammensetzung: Ein alkoholfreies Fluidextrakt, welches die wirksamen Alkaloide (0·5%) von Erythroxylon Coca und verschiedener Solaneen (Belladonna, Datura etc.) enthält. Wird von Dr. Aschoffs Schwanen-Apotheke, Bad Kreuznach, hergestellt. Anwendung: Wird bei Asthmaanfällen mit Hilfe eines besonderen Zerstäubers in die Nase eingestäubt.

Atropinum stearinicum. Fettglänzende Nadeln mit 50% Atropin. In Lösung von 0·1 g in 50 g Mandelöl. Als Ersatz von Ol. Belladonnae und Hyoscyami.

Aulicin sind aus Eisenpeptonat, Eisenhydroxyd, Anis, Herba Cardui benedicti, Chinin. hydrochloric. und Succus Juniperi bestehende Pillen, die gegen Anämie und Neurosen gegeben werden.

Blenal ist Santalolcarbonat, chemisch an Kohlensäure gebunden. Bildet eine gelbliche, ölige, geruch- und geschmacklose Flüssigkeit mit 94% Gehalt an Santalol und wird bei Gonorrhoe, Zystitis, Prostatitis gegeben.

Blennorsan = Gonoryl. Enthält als wirksamen Bestandteil das Fluidextrakt der Rubiacee Jxora coccina L. Kommt als Fluidextrakt in den Handel. Findet Anwendung bei Gonorrhoe.

Blennosalyl ist nach Zernik ein mit Extractum Salicis nigrae versetztes Kawa-Santal. Findet Anwendung bei Gonorrhoe.

Borsaures Suprarenin. Kristallinische Verbindung, leicht und klar löslich in Wasser. 1·3 g = 1 g reines Suprarenin. In Tablettenform im Handel, jede 0·01 Kokain, 0·00013 Suprareninborat und 0·009 Natriumchlorid enthaltend. 1 Tablette in 1 cm³ sterilisiertem Wasser gelöst, liefert die für das Ausziehen eines Zahnes erforderliche Kokain-Suprareninlösung. — (Ber. v. Gehe.)

Bromofarina heißt ein mit Bromnatrium und Kümmelkörnern versetztes Getreidemehl. Bildet ein weißliches Pulver, welches unter dem Namen Bromosan zur Herstellung von Brötchen dient und Anwendung findet gegen Epilepsie.

Caerusantal-Kapseln enthalten als wirksame Bestandteile Pepsin, Methylenblau, Salol, Ol. Santali und Ol. menth. pip. Sie werden gegen Gonorrhöe verwendet.

Calcium hippuricum ist ein weißes kristallinisches, in 27 Teilen Wasser lösliches Pulver, das als harntreibendes und gelenkentzündungswidriges Mittel Anwendung findet.

Citraminum oxyphenylicum ist nach Zernik ein Gemisch aus gleichen Teilen Hetralin und Helmitol.

Citronal-Pillen. Aus 0·5 g Chinin. hydrochlor., 10 g Acid. citric., 6·0 g Extr. frangul., 4·0 Extr. fol. Myrtilli., Succ. et Rad. Liquirit. q. s. werden 100 Pillen geformt. Finden Anwendung bei Gicht, Rheumatismus in einer Dosis von dreimal täglich 5 Stück.

Cocaïnum phenylicum wird durch Auflösen von Kokain in geschmolzenem Phenol erhalten. Butterkonsistenz mit Kristallen durchsetzt; unlöslich in Wasser, löslich in Alkohol und Aether. Lokales Anästhetikum. — (Riedels Ber.)

Codeïnum hydrojodicum wird durch Einwirkung zweier Aequivalente Jodwasserstoffsäure auf ein Aequivalent Codeïn erhalten, bildet gelbliche Kristalle. Löslich in 60 Teilen kaltem, 3 Teilen heißem Wasser, sehr leicht in Alkohol, kaum im Aether. Dosis 0·01 g.

Deleol, ein von P. Bergmann als Prophylaktikum gegen Gonorrhöe empfohlenes Präparat, besteht aus Methylenblau, Extr. Equiseti siccum und Extr. Graminis. Diese Mischung, welche in Gelatinekapseln abgegeben wird, soll die Fähigkeit besitzen, schon innerhalb zweier Stunden nach dem Einnehmen den Harn und mit diesem die Harnröhre derart zu desinfizieren, daß eine Ansiedlung von Gonokokken nicht stattfinden kann. (Fabrikant: Schweizer Apotheke in Berlin.) — (Pharm. Ztg., Nr. 8, 1907.)

Diaphterin. Oxychinaseptol, aus Oxychinolin und Orthophenolsulfosäure dargestellt, löslich in Wasser. Antiseptikum; extern in $^1/_2$—2%iger Lösung, intern gegen Gelenksrheumatismus. Dosis 0·5—1 g pro die.

Digitaljol. Physiologisch eingestelltes Digitalispulver mit Oel. In Kapseln verschiedener Dosierung.

Enesol ist salizylarsinsaures Quecksilber und wird erhalten durch Einwirkung gleicher Moleküle Methylarsinsäure und basischen Quecksilbersalizylats. Es bildet ein weißes, amorphes Salz, zu 4% in Wasser löslich, sterilisierbar. Der Quecksilbergehalt beträgt 38·46%, der des Arsens 14·4%. Findet Anwendung als Einspritzung.

Epiosin = N-Methyldiphenylenimidazol. Durchscheinende Prismen, löslich in H_2O, Weingeist und Chloroform, unlöslich in Aether. Als schmerzstillendes und schlafbringendes Mittel zu 0·05 in Pillen- oder Pulverform zweimal täglich. Es schmeckt sehr herb, deshalb wird empfohlen, es mit Milch zu nehmen. — (Riedels Ber.)

Estoral. Zusammensetzung: Borsäure-Mentholester. Eigenschaften: Weisses, geschmackloses, kristallinisches Pulver, das nur schwach nach Menthol riecht und bei Berührung mit den Schleimhäuten in seine Komponenten zerfällt. Anwendung: Als Schnupfmittel bei leichten akuten Rhinitiden, besonders bei Rhinitis sicca.

Euphorine. Chemisch identisch mit Phenylurethan. Schwer löslich in Wasser, leicht löslich in Alkohol. Antipyretikum und Antineuralgikum. Dosis 0·25—0·5 g.

Eupyrin. Vanillinäthylcarbonatparaphenetidin. Schwer löslich in Wasser, leicht löslich in Alkohol, Aether und Chloroform. Stimulierendes Antipyretikum. Dosis 1·5 g.

Euscopol. Zusammensetzung: Chemisch reines, von Nebenbasen freies, optisch inaktives Scopolaminum hydrobromicum. Eigenschaften: Euscopol ist ein Präparat von absolut eindeutiger Wirkung ohne Nebenerscheinungen. Anwendung: Bei Paralysis agitans, klonischen und tonischen Muskelspasmen, bei der Tic-Form der verschiedenen Nervengebiete, als allgemeines Beruhigungs- und Schlafmittel, besonders auch bei Geisteskranken. Dosierung: Etwas höher als die des bisherigen Scopolaminum hydrobromicum des Handels. — (Riedels Ber.)

Extractum Coronillae variae aquos. spissum wird gegen Herzleiden in einer Dosis von 0·1 g mehrmals täglich gegeben.

Extractum Echinaceae fluidum wird intern gegen Malaria, Typhus und Magenkrankheiten in Dosen von 0·3 bis 3 g extern als Aphrodisiakum gegeben.

Extractum Gossypii fluidum. Substitut für Secale cornutum. Dosis 2 bis 6 cm³, mehrmals täglich.

Extractum Piscidiae erythrinae fluidum. Narkotikum. Gegen krampfhaften Husten der Phthisiker. Dosis 3—5 cm³ täglich.

Gabianol ist ein Extrakt aus bituminösem Schiefer und wird gegen Luftröhren- und Bronchialkatarrh angewendet.

Gaïakophosphal. Guajakolphosphit. Löslich in Wasser, Alkohol und fetten Oelen. Ersatz für Guajakol. Dosis bis 6 g pro die.

Gallalum. Aluminium gallicum. Unlöslich in Wasser und Alkohol. Adstringens, Antiseptikum.

Gallobromolum. Dibromgallussäure. Schwer löslich in Wasser, leicht löslich in Alkohol. Ersatz der Bromide,

zum inneren Gebrauch; Dosis 0·5—2 g; äußerlich gegen Gonorrhöe in 1—2%iger Lösung.

Galloformin. Kondensationsprodukt von Gallussäure und Hexamethylentetramin. Schwer löslich in Wasser, Alkohol und Glyzerin. Lösungen sind kalt zu bereiten. Desinfektans bei Hämaturie, Zystitis und Hautkrankheiten. — (Riedels Ber.)

Gelsemin. Resinoid aus der Wurzel von Gelsemium sempervirens. Löslich in Alkohol. Analeptikum, Antipyretikum, Anodynum, Hypnotikum. Dosis 0·008 bis 0·1 g, mehrmals täglich.

Gelseminin. Alkaloid aus dem Rhizom von Gels. semperv. Löslich in Wasser, Alkohol, Aether und Chloroform. Antineuralgikum und Antispasmodikum. Dosis 0·0005—0·002 (1/2—2 mg). — (Riedels Ber.)

Hämoplase. Zusammensetzung: Kräftig zentrifugierte Mischung aus 1 l Esel- oder Hammelblut mit 2 l isotonischer Flüssigkeit. Eigenschaften: Rötliche, lange haltbare Flüssigkeit. Anwendung: Bei Tuberkulose als intramuskuläre Einspritzung.

b) Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel.

Acidol-Pepsin. Zusammensetzung: Tabletten aus Betainchlorhydrat und Pepsin. Eigenschaften: Kommen in zwei Mischungen in den Handel: Acidol-Pepsin-Pastillen I (stark sauer) enthalten pro dosi Acidol 0·4 g, Pepsin 0·1 g. Acidol-Pepsin-Pastillen II (schwach sauer) bestehen aus Acidol 0·05 g, Pepsin 0·02 g und Sacch. lact. 0·25 g. I entspricht einem Gehalt von 8 Tropfen verdünnter Salzsäure, II einem von 1 Tropfen verdünnter Salzsäure. Anwendung: Als appetit- und verdauungsanregendes Mittel.

Arsenferratin. Neben der flüssigen Form des Arsenferratins, der Arsenferratose, kommt neuerdings auch das Arsenferratin selbst in Tablettenform in den Verkehr. Diese Tabletten sind besonders geeignet für solche Patienten, denen der süße Geschmack der Arsenferratose nicht angenehm ist. Eine Arsenferratintablette zu 0·25 g enthält 0·015 g Eisen und 0·00015 g Arsen (entsprechend 0·0002 g Acid. arsenicos). Die gleichen Mengen sind in einem Teelöffel Arsenferratose enthalten. Fabrikant: C. F. Böhringer & Söhne, Mannheim-Waldhof. — (Pharm. Ztg. Nr. 14, 1907.)

Avenose. Mit löslichem Eichelextrakt gemischtes Hafermehl. Diätetisches Nährpräparat.

Calcium jodicum ist jodsaures Kalzium; bildet ein weißes, kristallinisches Pulver, ist in zirka 400 Teilen Wasser löslich und wird als Ersatzmittel des Jodoforms und als gastrointestinales Antiseptikum verwendet. Innerlich zu 0·2—0·3 g pro dosi.

Cinchonin. Chinaalkaloid, löslich in Alkohol, Chloroform und verdünnten Säuren. Tonikum. Dosis 0·06—0·1 g mehrmals täglich.

Euferrol. Zusammensetzung: Gelatineperlen, enthaltend eine aus Kal. carb., Ferr. sulfur. und Ol. Amygdal. dulc. hergestellte Masse. Jede Perle enthält zirka 0·012—0·014 g Eisen und 0·000006 g arsenige Säure, und entspricht hinsichtlich Eisen- und Arsengehaltes einem Eßlöffel Levico-Starkwasser. Eigenschaften: Grünlichschwarze bis schwarze Gelatineperlen, deren Inhalt sich durch leichte Absorbierbarkeit auszeichnet. Anwendung: Gegen Anämie und Chlorose, besonders in den Fällen, wo neben der Eisen- zugleich eine Arsentherapie angezeigt ist. — (Riedels Ber.)

Euhämose. Zusammensetzung: Reines, in Hämokarbon übergeführtes Bluteiweiß. Das Präparat enthält neben organisch gebundener Phosphorsäure vornehmlich Lecithinphosphorsäure, Eisen und 34% Stickstoffsubstanz, ist frei von Glyzerin, Zucker und fremden chemischen Stoffen. Anwendung: Als flüssiges Nähr- und Kräftigungsmittel.

Euprotane. Zählt zu den unlöslichen Eiweißpräparaten und soll das kostspieligere animalische Eiweiß ersetzen. Europton existiert in α- und β-Form kommt als solche in den Handel und wird aus Blut durch Behandlung mit Schwefelsäure, Ammoniak und H_2O_2 dargestellt. Es bildet ein lichtbraunes Pulver von

schwachem, nicht unangenehmen Geruch. — (Riedels Ber.)

Evonymin. Glykosid der Rinde von Evonymus atropurpureus. Cholagogum und Kathartikum. Dosis 0·03—0·2 g.

Ferroglutin heißt eine Eiseneiweißverbindung, welche durch Zusatz von chinasauren Verbindungen klar gelöst und flüssig gehalten wird und als Eisenpräparat Anwendung findet.

Ferromanganin enthält 0·5% Eisen, 0·1% Mangan an Zucker gebunden, 18% Zucker, 15% Kognak; außerdem destilliertes Wasser und aromatische Bestandteile. Es wird dreimal täglich ein Likörgläschen voll gegen Blutarmut gegeben.

Fortoin. Kondensationsprodukt von Cotoin und Formaldehyd, unlöslich in Wasser, leicht löslich in Alkalien, Chloroform und Azeton. Antidiarrhoikum. Dosis 0·25 g dreimal täglich.

c) Mittel für äußerlichen Gebrauch.

Alsolcreme heißt eine Wundsalbe, deren wirksamer Bestandteil das Alsol-Aluminium acetico-tartaricum (von Athenstaest und Redecker in Hemelingen) bildet.

Aseptinsäure ist Borkresolwasserstoffsuperoxyd. Lösung von Kresotinsäure (auch Salizylsäure) und Borsäure in 1·5%igem Wasserstoffsuperoxyd. Antiseptikum und Blutstillungsmittel.

Belloform ist ein Kondensationsprodukt hochsiedender kresolarmer Kohlenwasserstoffe mit Formaldehyd, welches durch Seife in Lösung gehalten wird. Es soll in seiner Wirkung dem Creolin und Lysoform nicht nachstehen.

Bezoïn. Bittermandelölkampfer, farblose Kristalle, löslich in Alkohol und heißem Wasser. Antiseptikum bei Geschwüren. Anwendung in 20%iger Salbe.

Bismolan heißt eine Salbe oder Paste, welche als wirksamen Bestandteil Wismut in Form von Oxychlorid enthält und an Stelle von Zinksalbe oder -paste zur Behandlung von Hautrissen, besonders der Schleimhäute, Anwendung findet.

Bromocoll solubile ist eine 10%ige Bromocollösung, hergestellt, indem man 10 Teile Bromocoll mit 30 Teilen destilliertem Wasser verreibt und dieser Verreibung eine heiße Lösung von 6 Teilen Borax in 54 Teilen destilliertem Wasser zusetzt und das Ganze dann filtriert. Anwendung bei schweren Formen von Pruritus.

Bromphenol. Orthomonobromphenol. Oelige Flüssigkeit, zu 2% in Wasser löslich, leicht löslich in Aether und Chloroform. Anwendung gegen Erysipel in 1—2%iger Salbe, sowie zur Desinfektion tuberkulöser Sputa.

Calciumsulfoichthyolicum. Wässerige Ichthyollösung, gefällt mit einer Lösung von Kalziumchlorid in Kalkwasser. Anwendung wie andere Ichthyolpräparate.

Chirosoter ist eine Lösung von Balsamen und Harzen in Tetrachlorkohlenstoff, die bei Operationen als Schutz gegen Ansteckung zur Befeuchtung der Hände u. s. w. gebraucht wird.

Cupressus. Das ätherische Oel der Zypresse, welches zerstäubt bei Keuchhusten Anwendung findet.

Dermalin. Formaldehydseife. Dermalinum spissum, transparente Schmierseife mit 10% Formaldehyd. Dermalinum liquidum, flüssige Seife mit 20% Formaldehyd.

Dermocrucin. Salbenpräparat mit 50% Kreuznacher Mutterlauge.

Dermogen ist ein Wundstreupulver mit 55% Zinkperoxyd (ZnO_2). Desinficiens.

Dermozon ist sterilisiertes, wasserstoffsuperoxydhaltiges Wollfett.

Desinfectol ist eine Lösung von Teerölen in Harzseifen oder auch Nebenprodukt der Kampferdarstellung, enthält in wechselnden Mengen Kampferterpen, Naphthalin, Thymol, Saffrol, Kresol und Harz. Antiseptikum gegen Parasiten der Pflanzen und Tiere. In 50%iger wässeriger Lösung gegen Krätze.

Dijodoform. Tetrajodäthylen. Leicht löslich in Chloroform, schwer in Alkohol, unlöslich in Wasser. Jodoformersatz.

Duroform heißt ein Salbenstift, welcher 33⅓% Formaldehydlösung enthält und zur Behandlung von Hand- und Fußschweiß, sowie gegen das Wundwerden der Füße verwendet wird.



Eudomentol. Eine 0·1% Nikotinsalizylat (Eudermol) enthaltende Lanolin- oder Vaselinsalbe.

Europhenum. Isobutylorthokresoljodid. Unlöslich in Wasser, löslich in Alkohol, Aether und fetten Oelen. Antiseptikum. Jodoformersatz in 5—10%iger Salbe oder als Streupulver.

Fluor-Epidermin. Salbe aus 1 Teil Fluorpseudocumol, 4 Teilen Difluordiphenyl., 85 Teilen Lanolin. anhydric., 10 Teilen Vaselinsalbe; antiseptisches und schmerzstillendes Wundmittel.

Foenum graecum-Seife. Eine Beimischung von Foenum graecum-Extrakt zu einer vollkommen neutralen Kernseife. Besitzt hautkräftigende Wirkung.

Formophen-Tabletten. Zusammensetzung: Nach Zernik vermutlich ein Kondensationsprodukt von Formaldehyd und Phenol. Findet Anwendung zur Desinfektion bei Genickstarre als Verdunstung.

Formysol ist eine flüssige Kali-Formalinseife mit starkem Alkoholgehalt und anderen desinfizierenden und desodorierenden Stoffen; angenehm riechende, ölige, gelblich-grüne Flüssigkeit mit einem Gehalt von 10, bezw. 25% Formaldehyd. Zur Händedesinfektion. Darsteller: Hahn & Co. in Schwedt a. O.

Fundal heißt eine Salbengrundlage aus Wollfett, weißer und gelber Vaseline und 6% Wasser.

Helfoplast. Unter dieser Bezeichnung gelangt das Collemplastrum adhaesivum mite der chemischen Fabrik Helfenberg in den Handel.

Hydrozol-Präparate enthalten als wirksamen Körper Wasserstoffperoxyd in sehr fester Bindung. Es kommt eine Hydrozol-Paste zur Hautbehandlung und Hydrozol-Pastillen für den innerlichen Gebrauch in den Handel. Darsteller: Söhnlin & Queisser, Altona. — (Pharm. Post Nr. 51, 1906.)

Idonaftan. Zusammensetzung: Ein 3% Jod enthaltendes, braunes, nicht unangenehm riechendes, salbenförmiges, mildes Naphthaprodukt. Gegen Hautleiden.

Isotachyol. Fluorsilber. Es besitzt vor dem Tachyol den Vorzug größerer Haltbarkeit, auch im trockenen Zustand und findet Anwendung als Desinfiziens und Antiseptikum, auch zur Reinigung von infiziertem Trinkwasser.

Jecoleinum ist nach Fritz ein aus gereinigtem Dorschleberfett und Rindertalg hergestellter Salbenkörper. Er kommt als Jecoleinum anhydricum, aquosum (mit 10% Wasser), gelatinatum (mit 10% sterilisierter Gelatine) und glycerinatum (mit 10% Glyzerin) in den Handel. — (Pharm. Post Nr. 46, 1906.)

Jodaceton (Monojodaceton) entsteht beim Zusammenbringen von Aceton und Jod. Dasselbe wirkt besonders in frischer Lösung stark ätzend. Man benutzt eine Lösung von 4 g Jod in 10 g Aceton zu Aufpinselungen vermittels eines Wattepinsels auf im Entstehen begriffene Furunkel beziehentlich bei größeren Knoten auf ihre Basis. Infolgedessen bildet sich ein schwarzer Schorf, unter dem in den nächsten 24 Stunden eine Rückbildung stattfindet. Ist es schon zur Geschwürbildung gekommen, so verursacht die Pinselung heftige, aber kurz andauernde Schmerzen. Bei empfindlicher Haut können Geschwürchen entstehen, dieselben heilen aber unter Hinterlassung einer kleinen Vertiefung. — (Ber. von Brückner, Lampe.)

Jodglyzin. Besteht aus Aluminiumsilikat (Kaolin), Jod und Glyzerin. Es bildet einen salbenartigen Körper. Aeußerlich appliziert soll es bei Bronchitis kleiner Kinder und auch bei Unterschenkelgeschwüren gute Dienste tun.

Kaliumpermanganat-Paste. Besteht aus 2% Kalium permang. pulv., 1% Kieselgur und 1% Ungt. paraff. Von H. Vorner empfohlen gegen Nasenbluten und zur Blutstillung bei kleinen Operationen.

Keraminseife. Eine Natron-Kaliseife, die mit Perubalsam, Nelken- und Zimtöl und Specksteinpulver versetzt ist. Anwendung bei Hautausschlägen.

Laryline heißt ein Keuchhustenpflaster von Beiersdorf.

Lenicet. Stellt ein voluminöses, feines, schwer lösliches, luft- und lichtbeständiges, nicht hygroskopisches, vollkommen ungiftiges Pulver von schwach säuer-

lichem Geruche dar. Es ist ein Tonerdeazetat mit 30% Al_2O_3 und 70% Essigsäuregehalt von der Formel $Al_2O_3(C_2H_3O_2)_6$. Mit Talkum gemischt je 50 bis 20%, gegen übermäßigen Schweiß der Füße, Hände und Achselhöhlen. — (Ber. v. Gehe.)

Lenigallol. Triacetat des Pyrogallols. Löslich in Chloroform. Ersatz für Pyrogallol bei akutem und chronischem Ekzem in 10—50%iger Salbe.

Lenirobin. Tetraacetat des Chrysarobins. Löslich in Aceton und Chloroform. Gegen Psoriasis, Herpes tonsurans u. s. w.

Limanol. Wird als Einreibung bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Migräne, sowie überhaupt bei allen Affektionen der Gelenke empfohlen und besteht in der Hauptsache aus dem Mooröl des Liman-Moores bei Odessa, neben Chloroform, Salmiakgeist, Terpentinöl und Spiritus. (1 Flasche kostet 3 Mk.)

Mercuralgam ist ein Ersatzmittel für Hydrargyrum cum creta, aus Quecksilber (40%), Aluminium, Magnesium und Kreide bestehend.

Mercuran ist ein in Gelatinekapseln à 4 g in den Handel kommendes Präparat, welches aus einer 50%igen Quecksilberverreibung in Gänsefett besteht.

Mollinum. Ueberfettete Seife mit Glyzerin. Salbengrundlage.

Mollplasta. Salbenartige Pflaster, die Eigenschaften der Salben und Pflaster vereinend.

Monochlorphenol bildet farblose, in Alkohol, Aether und Alkalien leicht, in Wasser schwer lösliche Kristalle und findet Anwendung als starkes Antiseptikum bei Erysipel und syphilitischen Augenkrankheiten, bei Tuberkulose des Rachens und in der Zahnheilkunde zu Füllungen hohler Zähne.

Normalantihidrorrhin ist ein aus 10 Teilen Borsalizyläther, 5 Teilen Chloräthyl und 85 Teilen Rosenspiritus bestehendes Mittel gegen Fußschweiß.

Orthochlorphenol. Antiseptikum. Gegen tuberkulöse Prozesse der oberen Luftwege. In 5, 10, 20%iger Lösung zur Bepinselung, Einreibung oder Bespritzung.

Parenol werden Salbengrundlagen aus Paraffin oder Paraffinöl mit Wollfett, Walrat oder Wachs genannt; sie sind imstande, große Mengen Wasser aufzunehmen.

Phenyform ist ein Kondensationsprodukt der Karbolsäure und des Formaldehyds, welches beim Erhitzen Formaldehyd entwickelt; wirkt stark bakterizid, austrocknend und granulationsbefördernd. Anwendung: Als Antiseptikum.

3. Rezeptformeln.

Endometritis chronica mit häufigen Blutungen.

Rp. Ergotini bis depur. 15·0
Pulv. rad. Althaea } āā 2·0
Pulv. liquir. }
Cacao sine oleo q. s. ut f. pil. Nr. C

D. S. Jeden Morgen und Abend je drei Pillen. — (Schauta.)

Schmerzhafte Erektionen bei Gonorrhöe.

1. Rp. Extr. Opii 0·75
Camphor. trit. 6·0
Mucilag. Gummi arab. q. s. ut f. pil. Nr. XXX
Consp. Lycopod.

D. S. Abends zwei Pillen zu nehmen. — (Ricord.)

2. Rp. Glaudularum Lupul. } āā 4·0
Sacch. albi }

M. f. pulv.
Div. in part. aeq. Nr. VIII.
D. S. Zwei- bis dreistündlich ein Pulver zu nehmen. — (v. Sigmund.)

3. Rp. Lupulini } āā 2·0
Camph. tritt. }
Digitalini 0·008

M. f. pulv.
Div. in part. aeq. Nr. VIII.
D. S. Abends ein Pulver zu nehmen. — (Gerhardt.)

Rhachitis und Skrofulose.

Rp. Jodipin. phosphorat. 50·0
D. S. Mehrmals täglich ein Teelöffel voll. (Das Jodipinum phosphoratum von E. Merck in Darmstadt enthält 10% Jod und 0·0033% Phosphor.)

Gastritis chronica.

Rp. Pepsini 5·0
Acid. hydrochlor. 1·0
Tinct. aurant. 5·0
Syr. simpl. 20·0
Aq. dest. ad 200·0
M. D. S. Zweistündlich ein Eßlöffel voll.

Zum Töten der Zahnnerven.

Rp. Acid. arsenicos. }
Tropacocain. hydrochlor. } āā 1·0
Eugenoli 0·2
Talc. venet.
Zinc. oxyd. q. s. f. pasta mollis. — (D o r n.)

Prostatitis.

Rp. Ichthyol. 0·5
Extr. Belladonn. 0·15
Butyr. Cacao 15·0
M. f. supposit. Nr. X. S. Zäpfchen.

4. Varia.

Dr. John P. Haigs Goitre Cure. Zusammensetzung: Besteht aus: 1. zwei Pulvern à 2 g in rosa Papierkapseln; 2. etwa 5 g einer rotgefärbten Salbe in einer flachen Milchglasdose; 3. zehn braunen Pastillen à 0·4 g und 4. 21 roten Pastillen à 0·12 g in kleinen Gläschen. Nach J. K o c h s bestehen die Pulver, die zum Vertreiben der Blähungen dienen, aus schwach rotgefärbtem Natriumbikarbonat. Die Salbe, als Kropfsalbe empfohlen, enthielt keine Jodverbindungen. Die braunen Pastillen, der Regulierung des Stuhlganges dienend, bestehen aus Stärke, Natriumbikarbonat, Kümmelöl und Aloë, mit Zucker und Kakao überzogen. In den rotgefärbten Pastillen konnte das Extrakt des Hydrastis-Rhizoms nachgewiesen werden. — (Riedels Ber.)

Bücher - Anzeigen.*)

Berechtigung des Alkoholgenusses. Von Dr. Starke. Verlag von Julius Hoffmann, Stuttgart. Preis brosch. 4 Mark, geb. 5 Mark.

Die moderne Bewegung gegen den Alkohol hat eine solche Ausdehnung und einen so radikalen Charakter angenommen, daß sie alles, was früher in dieser Richtung geschah, weit hinter sich zurückläßt. An Stelle der Mäßigkeitsbestrebungen ist vielfach die Forderung völliger Enthaltsamkeit getreten. Wenn das Publikum auch zum Teil einsieht, daß diese Forderung übertrieben ist, so weiß es doch heute zumeist nicht recht, wie es sich zum Alkohol verhalten soll. Dr. S t a r k e s Werk will beweisen, daß auf Grund der Erfahrungen der modernen Medizin, sowie der Physiologie und Pharmakologie der vernünftige Alkoholgenuß durchaus berechtigt, ja oft sogar hygienisch direkt notwendig ist. Das Buch verarbeitet in allgemein verständlicher Form und kritischer Darstellung das moderne naturwissenschaftliche Material und ist keineswegs tendenziös, sondern sachlich geschrieben und das Ergebnis eines langen Studiums. Wer in der Alkoholfrage mitreden will, wird die Starkesche Arbeit gelesen haben müssen. G.

Staatsarzt- oder Privatarzt-System? Wirkt das Privatarzt-System wirklich antisozial und ist der Uebergang zum Staatsarzt-System wünschbar oder gar notwendig? Von Dr. H. Haeberlin, Zürich. Zürich 1906. Verlag von A. M ü l l e r. Preis 80 Pf.

Auf dem IX. Pirogorschen Aerztekongreß in Rußland nahm die Sektion für öffentliche Medizin nach einem Vortrag von S e r b a n k o v über den Einfluß der Privatpraxis auf die Entwicklung des gesamten Aerztewesens, seine Leitsätze, die nur wesentlich eine Verstaatlichung der Aerzte verlangen, einstimmig an.

Vfs. Schrift wendet sich gegen die dort ausgesprochenen Behauptungen, daß der durch die Praxis bedingte Gelderwerb die Leiden der Patienten vermehre, auf den Arzt demoralisierend wirke, ihn in den Augen des Publikums erniedrige, die Professoren an der wissenschaftlichen Arbeit hindere und der Durchführung sozialhygienischer Maßnahmen im Wege sei.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Er weist nach, daß ein Teil dieser Anschuldigungen für unsere Verhältnisse nicht zutreffend oder übertrieben sind. Mehr Vorzüge als die Verstaatlichung der Aerzte, die naturgemäß zum Zwangsarzt-System führen muß, bietet für die ärztliche Versorgung Minderbemittelter die Krankenversicherung, eventuell unter staatlicher Beihilfe. Zugegeben wird, daß im Geldverhältnis von Arzt und Publikum im beiderseitigen Interesse mehr Offenheit Platz greifen sollte (detaillierte Rechnungsstellung, vorherige Vereinbarung des Preises). Auch wünscht Vf., daß schon beim Studenten der Medizin die ethischen Kräfte mehr entwickelt werden sollten, damit er sich der richtigen Aufgabe zeitig bewußt werde, mitzuarbeiten an der besseren sozialen Ausgestaltung der Verhältnisse.

Sehr beherzigenswert ist die Mahnung an die Aerzte, sich reger am öffentlichen Leben und an der Politik zu beteiligen. Dann könnten sie ihre schönste Aufgabe erst ganz erfüllen: die geborenen Führer und Leiter des Volkes zu sein. F. Perutz, München.

Die Invalidenversicherung des Deutschen Reiches in der ärztlichen Praxis. Nach dem neuesten Stande der Gesetzgebung mit Rechtsprechung, dargestellt von Max Schön, Magistratssekretär. Berlin 1906. Selbstverlag des Verfassers. 52 Seiten. Preis 1·50 Mark.

Nach Besprechung der gesetzlichen Bestimmungen (Voraussetzung der Rentenbewerbung, Einleitung des Rentenverfahrens, Rentenversagung etc.) wird die von Versicherungsanstalten gewährte Krankenfürsorge (Uebernahme des Heilverfahrens) erörtert und schließlich das ärztliche Gutachten zur Erlangung der Invalidenrente nach den einzelnen darin gestellten Fragepunkten (Begriff der Erwerbsunfähigkeit, dauernde oder vorübergehende, Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit) erläutert. Daran reihen sich als Beispiele einige Krankheiten, über deren Einwirkung auf die Erwerbsunfähigkeit sich das Reichsversicherungsamt in Entscheidungen ausgesprochen hat.

Wenn das Büchlein den Arzt über die Invalidenversicherung unterrichten soll, so hätte wenigstens kurz die gesetzlichen Bestimmungen über Versicherungspflicht und Beiträge Aufnahme finden können. Auch wäre es z. B. wichtig für den Arzt zu wissen, daß Hinterbliebene eines Versicherten, falls Rente noch nicht gewährt wurde, Anspruch haben auf Rückgewährung der Hälfte der eingezahlten Beiträge.

Der Preis von 1·50 Mark für knapp 45 Seiten Text ist reichlich bemessen.

F. Perutz, München.

Pantagruel. Von François Rabelais. Erstes Buch. Verdeutscht von Engelbert Hegaur und Dr. Owlglaß. Umschlagzeichnung nach einer alten Vorlage. Verlag von Albert Langen in München. Preis geh. 2·50 Mark, in Leinen geb. 3·50 Mark.

Die Uebersetzung von Rabelais, „Gargantua“, die Dr. Owlglaß und Engelbert Hegaur vor Jahresfrist im Verlage von Albert Langen herausgegeben haben, hat sich eines schönen Erfolges zu erfreuen gehabt und hat in kurzer Frist die zweite Auflage erlebt. Die ganze maßgebende Kritik hat sich über das Uebersetzungskunstwerk der beiden Herren einstimmig garadezu begeistert ausgesprochen. Eine Neudichtung aus dem Geiste der deutschen Sprache, der erste gelungene Versuch einer Verdeutschung des Rabelais wurde ihr Werk genannt. Das hat die beiden Uebersetzer ermutigt, nunmehr auch die vier Bücher des „Pantagruel“ zu verdeutschen. Das erste davon liegt nunmehr in schöner stilgerechter Ausstattung vor, die der des „Gargantua“ entspricht. Und man muß sagen, die Uebersetzung ist wieder über jedes Lob erhaben. Wie Dr. Owlglaß es versteht, die knorrigen französischen Derbheiten des Originals in ebenso knorrige urdeutsche Derbheiten zu übertragen, ist bewunderungswürdig. Das erste Buch des „Pantagruel“ ist zeitlich, vermutlich noch vor dem „Gargantua“ entstanden und steht künstlerisch vielleicht nicht ganz auf dessen Höhe, dafür übertrifft es ihn aber sicherlich an Frische und Laune und Freude an einer ganz hanebüchenen Derbheit. Die Freunde Rabelaisscher Kunst werden die Fortsetzung des bedeutsamen Werkes mit großer Freude begrüßen. B.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Fortschritte auf dem Gebiete der Pellagraforschung.

Von Dr. L. Sofer.

Die letzte große Diskussion über die Pellagra fand auf dem Tage deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran statt. v. Neußer stellte damals den Stand der Frage wie folgt dar: Die wechselnden Phasen der Krankheit, nämlich die Exazerbation im Frühjahr und die fast vollständige Remission im Winter, erklärt Ceni, der das Krankheitsagens in den Toxinen von Schimmelpilzen sucht, als eine Vegetationseigentümlichkeit derselben, indem nach seinen Untersuchungen der Aspergillus fumigatus im Winter seine Toxizität verliert und dieselbe im Frühjahr wieder erlangt. Das größte Kontingent für Pellagra liefert in Italien und in Rumänien die arme Bevölkerung, die sich fast ausschließlich von Maispolenta nährt. Von besonderer Wichtigkeit sind aber jene, allerdings seltenen Fälle, wo Pellagra Individuen befällt, die nie Pollenta genossen haben, wie sie Neußer selbst beobachtet hat. Das Krankheitsbild besteht aus einer Gruppe von Haut-, Darm- und Nervenerscheinungen. Der klinische Verlauf gestaltet sich folgendermaßen: Nachdem Schwächezustände, Kopfschmerz, Schwindel, Rückenschmerzen, gastrointestinale Störungen vorausgegangen waren, treten zu Anfang des Frühjahres in den meisten Fällen an den entblößten Körperstellen, am häufigsten am Hand- und Fußrücken, oft auch im Gesicht Erytheme auf. In der Mehrzahl der Fälle geht dem Ausbruch der Erytheme ein Prodromalstadium voraus, charakterisiert durch gesteigerte Sehnenreflexe, häufige Fazialisphänomene, Starrheit des Blickes, psychische Aufgeregtheit, verbunden mit fahler Hautfarbe und allgemeiner Schwäche, insbesondere der Beine. Die Nervenstörungen betreffen die allgemeine Sensibilität und Motilität, die Sinnesorgane und die Gehirntätigkeit; sie bestehen in Schwindel, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schlaflosigkeit oder Schläfrigkeit, Nacken- und Rückenschmerzen, Hautjucken, Kältegefühl in den unteren Extremitäten. Charakteristisch ist manchmal ein unerträgliches Brennen im Handteller und an der Fußsohle, auch zu einer Zeit, wo noch keine Erytheme zu konstatieren sind, ja das Brennen an der Planta kann selbst durch lange Zeit das dominierende Krankheitssymptom bilden. Die wichtigsten und augenfälligsten Symptome, denen die Krankheit auch ihren Namen verdankt, sind die Veränderungen an der Haut. Sie erscheinen im Prodromalstadium der Pellagra unter akuter Rötung der befallenen Haut als indolentes Erysipel, wobei die Kranken nur ein Gefühl des Brennens, manchmal ähnlich dem wie bei Verbrennungen ersten Grades empfinden. Nach mehreren solchen erythematösen Nachschüben erscheint die befallen gewesene Haut pigmentiert und verdickt oder im weiteren Verlauf pigmentiert und atrophisch, ähnlich der Haut kachektischer Greise, trocken, dünn, pergamentartig. Es gibt Fälle, wo die Pigmentierung auch der nicht befallen gewesenen Haut eine so intensive wird, daß die Kranken den Eindruck eines Morbus Addisoni machen, was umsomehr auffällt, wenn es sich um blonde Individuen handelt, wie Neußer dies gerade bei den blonden Ungarn, den sogenannten Czangos beobachtete. Neußer hebt dies auch noch aus einem anderen Grund hervor, nachdem man in vielen Untersuchungen von Pellagraleichen regelmäßig Veränderungen in den Nebennieren fand. Erytheme am Halse treten gewöhnlich in der Gegend des oberen Halsdreiecks in Form eines parallel mit dem Unterkiefer verlaufenden Streifens auf, das ist der soge-

nannte Casalische Kragen. Die Symptome vonseiten des Verdauungstrakts bestehen in Sodbrennen, Speichelfluß, Gastralgien, Appetitlosigkeit, Widerwillen gegen Fleisch und Polenta, Heißhunger, Diarrhöen, welche manchmal blutig, Dysenterien ähnlich sind, oder Koprostasen mit aufgetriebenem, seltener eingezogenem Unterleib, manchmal bis zum Tod persistierend, insbesondere auch bei akuter, schwerer Pellagra. Der Magensaft zeigt Verminderung der Salzsäure; manchmal fehlt dieselbe. Der Hypoazidität des Mageninhaltes schreibt Camuri eine diagnostische Bedeutung für das Initialstadium der Pellagra zu. Neuerdings wird die Behauptung aufgestellt, daß gewesene Pellagrakranke eine Immunität erlangt haben. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß sich eine Serumbehandlung einleiten lassen werde.

Ich schließe dem gleich einem „Beitrag zur Symptomatologie der Pellagra", von Dr. Pius Deiaco (Tiroler Landesirrenanstalt in Pergina) an. Die Sehnenreflexe sind bei Pellagra durchwegs gesteigert. Herabsetzung, insbesondere Fehlen des Kniesehnenreflexes, hat Deiaco nie beobachtet. Anlangend das Verhalten der Pupillen und ihrer Reaktion in der Pellagra schließt Deiaco nicht aus, daß träge Reaktion der Pupillen hie und da vorkommen kann, aber Ungleichheit derselben oder gar Argyll-Robertson hatte er nie gefunden. Die Wichtigkeit des Fehlens dieses Phänomens im Verein mit anderen Erscheinungen will Autor in einer anderen Arbeit niederlegen. Bemerkenswert ist eine Komplikation, die bei pellagrösen Kranken Südtirols äußerst oft gefunden wird, nämlich eine ausgesprochene, manchmal große Dimensionen erreichende Dilatatio ventriculi, bei den geradezu ungeheuerlichen Mengen von Polenta, welche der italienische Bauer verzehrt, kein Wunder. Nasenschleimhaut und Konjunktiva werden von der Pellagra nicht ergriffen, wohl aber erkranken die Schleimhäute der Genitalien beim Weibe. Die männlichen Genitalien bleiben verschont. (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 35, 1905.)

Ueber die Aetiologie der Pellagra sprach am Meraner Tage außerdem Sturli (Wien). Sturli kommt zum Schluß, unter Berücksichtigung des Umstandes, daß fast nur die von Mais lebende Bevölkerung, und zwar deren arme Schichten erkranken, daß die Aetiologie dieser Krankheit zwar noch nicht aufgeklärt ist, daß sie aber eine Intoxikation wahrscheinlich exogener Natur zu sein scheint, und daß der Zusammenhang der Krankheit mit dem Genuß von verdorbenem Mais und Polenta, wenn auch mehr als wahrscheinlich, so doch noch keineswegs gesichert ist. Eine Disposition ist notwendige Voraussetzung der Erkrankung, denn es ist nicht selten, daß manchmal in einer Familie nur ein Individuum erkrankt. Die von ihm vorgenommene Nachprüfung der Resultate italienischer Forscher, welche in den Aspergilluskulturen heftige Gifte gefunden haben, ergab ihm bis jetzt nur negative Resultate. Die Mitteilung von dem Vorkommen einer Pellagraendemie in Aragonien ohne gleichzeitige Maisnahrung ist sehr interessant, bedarf aber vorläufig noch der Aufklärung und Bestätigung; möglich, daß keine Pellagra vorlag.

Tuczek (Marburg) erklärt als Referent: „Die Erkrankungen des Nervensystems sind bei Pellagra die konstantesten und umfassen das ganze Nervensystem; auch hier ist der Verlauf langsam und über viele Jahre sich erstreckend, rezidivierend, exazerbierend, und alle Symptome nur verständlich unter Anwendung des Grundsatzes der funktionellen Diagnostik; ihre anatomische Grundlage ist noch nicht sichergestellt. Eine schematische Einteilung in Stadien ist unzutreffend und verwirrend. Die Erscheinungen sind erst rein funktionell, und erst allmählich kommt es zu solchen organischer Natur. Die Krankheit beginnt mit Aeußerungen reizbarer Schwäche, denen allmählich solche von Sympathikus folgen. Die motorischen Anfälle überwiegen die sensiblen Störungen und haben zuweilen den Typus einer amyatrophischen Lateralsklerose. Ganz im Vordergrund der Erscheinungen stehen die psychischen Symptome, welche von den leichtesten Ausfallserscheinungen bis zur Melancholie, Manie, Stupor, Verblödung und zum Bild

einer richtigen Dementia paralytica führen können. Anatomisch findet man im Zentralnervensystem Pigmentierung, Ossifizierung, reichlich Corpora amylacea im Zentralkanal, also senile Veränderungen, Atrophien und Zerfall in Nervenfasern und Ganglienzellen; die Atrophie betrifft im Rückenmark vorwiegend einen Teil der Hinter- und Seitenstränge; sie ist somit als kombinierte Systemerkrankung aufzufassen.

Die Ansicht, daß die Pellagra eine Intoxikation sei, ist klinisch und ätiologisch gestützt; sie ist als eine Zerebrospinalerkrankung aufzufassen, welche durch das Eindringen des Giftes ins Blut erzeugt wird, gleich dem Ergotismus und dem Saturnismus. Sie ist aber nur völlig zu verstehen vom Gesichtspunkt der funktionellen Abnutzung, wie er von Edinger für die Aufbrauchskrankheiten aufgestellt worden ist. Nur dadurch ist verständlich, daß gerade die armen, schwer arbeitenden Landleute erkranken, und nur dadurch ist die Auswahl gewisser Fasergruppen verständlich, während die Intoxikation nur, wie bei anderen Erkrankungen, die Syphilis und der Alkohol, die Prädisposition gibt, die Widerstandsverminderung bedingt. Dies ist auch therapeutisch von Wichtigkeit, indem von diesem Standpunkt aus eine bessere Therapie bei frühzeitigem Einsetzen derselben zu erwarten ist, zu einer Zeit, wo die Störungen rein funktionell sind und irreperable Defekte fehlen.

Nach Codinas Ansichten (Real Acad. de Madrid) sind alle Faktoren, denen man die Entstehung der Pellagra zuzuschreiben pflegt, z. B. verdorbener Mais, nur auslösende, nie spezifische ätiologische Momente. Das Individuum muß bereits in einem zurzeit noch nicht zu bestimmenden Organ eine besondere Empfänglichkeit besitzen, und zwar ist Codina der Ansicht, daß die letzte Ursache der Pellagra eine endogene Intoxikation ist. E. Arjo ist ebenfalls nicht der Ansicht, daß das ätiologische Agens der Pellagra Beziehungen zu verdorbenem Mais hat, sondern daß schlechte Ernährung im allgemeinen die Pellagra verschuldet. In zwei schweren Fällen hat Arjo Erfolge durch Verabreichung von Knochenmark vom Lamm und Injektion des Hodenextrakts vom Hammel erzielt. (El Siglo Med.; Münch. med. Wochenschrift.)

Eine Aufklärung über sporadisches Vorkommen von Pellagra in Gegenden, in denen nicht Mais angebaut wird, und zugleich ein wichtiges Zeugnis für ursächliche Beziehungen zwischen Mais und Pellagra bietet ein Fall von Cassels Brown: Pellagra in England. (Practiscоner.) Bei einem jungen Mädchen in England beobachtete Autor Pellagra; sie hatte über längere Zeit hindurch rohen Mais gegessen, den sie zur Fütterung der Hühner hätte verwenden sollen. Der Mais war „schimmelig" gewesen. Das Mädchen genaß. Es ist dies der erste in England veröffentlichte Fall von Pellagra (nach der Münch. med. Wochenschr.). Ceni beschreibt in „Zieglers Beiträgen zur pathologischen Anatomie" eine neue Art von Aspergillus varians, der in der Wohnungsluft einer an chronischer Pellagra leidenden Familie vorgefunden wurde; er ist entschieden pathogen durch seine Toxine, die in ursächlichem Zusammenhange mit den akuten und chronischen Pellagraformen gebracht werden können.

L. Merk (Innsbruck) berichtet über „Pellagra in frühester Kindheit". Es handelt sich um ein 14monatliches Kind, das ein charakteristisches Pellagraerythem an Hand- und Fußrücken aufwies. Autor verwirft die Annahme einer hereditären Pellagra und nimmt eine früh erworbene Pellagra an; die Inkubationszeit belief sich auf 9 Monate. (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 16, 1906.)

M. Otto (Freiburg) schreibt in der Zeitschr. f. klin. Med., 59. Bd., über „Die Giftwirkung einiger Stämme von Aspergillus fumigatus und Penicilium glaucum". Alle fünf untersuchten einheimischen Stämme von Aspergillus fumigatus erwiesen sich als ungiftig. Von zwei Stämmen derselben Art italienischer Abkunft zeigten die Alkoholextrakte giftige Eigenschaften bei Meerschweinchen, in geringerem Grade auch bei Kaninchen. Die Symptome bestanden

in Unruhe mit folgendem Zittern, heftigen klinischen und tonischen Krämpfen, häufig trat der Tod ein. Im Winter waren die italienischen Stämme ungiftig. Die Giftwirkung ging vom Myzel, nicht von den Sporen aus. Der Tod nach Einverleibung von Sporen ist durch ausgedehnte Aspergillose in den Organen, besonders in den Nieren, die dabei auftretenden Gleichgewichtsstörungen sind durch Pilzwucherungen im Labyrinth zu erklären. Die Nährflüssigkeiten, auf denen die giftigen Rasen gewachsen sind, sind gänzlich ungiftig. Die Keimfähigkeit der Aspergillussporen wird auf dem Wege durch den Darm geschwächt oder ganz vernichtet. Auch vom Darm aus kann allgemeine Aspergillose sich entwickeln, was für die menschliche Pathologie von Bedeutung ist. Die 12 isolierten Stämme von Penicilium glaucum zeigten eine mäßige Giftwirkung, geringer, als wie sie von italienischen Untersuchern (Ceni) angegeben wird. Die Symptome bestanden in Apathie und Sopor. Die erregende Wirkung gewisser italienischer Penizilliumarten bestätigte sich; es fanden sich aber solche bei keiner einheimischen. Die Giftwirkung der Penizillien ist für die Magenpathologie von Wichtigkeit. Da gerade die aus Pellagragegenden stammenden Aspergillen und Penizillien besonders heftige Gifte produzieren, ist ein Zusammenhang zwischen ihnen und der Pellagra wahrscheinlich.

Interessantes förderte auch der letzte Pellagrakongreß, der dritte, in Mailand zutage. (Der erste fand zu Padua 1899, der zweite zu Bologna statt.) Dr. Guido v. Probizer berichtet über seine Resultate im „Oesterr. Sanitätswesen". Der wissenschaftliche Teil des Kongresses, der insbesondere das schwere Problem der Aetiologie betrifft, wurde eingehend von Gosio, Ceni, Antonini, Terni und Tiraboschi erörtert. Wahrhaft neues ist auf diesem Gebiet nicht zu verzeichnen, sondern nur hervorzuheben, wie seit dem Kongreß von Bologna das Studium des Maisgiftes eifrig fortgeschritten ist.

Gosio behauptet, daß sämtliche Produkte des Schimmels, seien sie Penizillen oder Aspergilli, in allen ihren zahlreichen Varietäten giftig sind. Aller Wahrscheinlichkeit nach sind diese Produkte nur Derivate der Phenole und besitzen keinen stabilen Koeffizienten des Giftstoffes; letzterer ist sogar ungemein wechselnd. Es wurden auch die Reaktionen zum Nachweis dieser Derivate demonstriert; sie basieren auf der Gosioschen Eisenchloridreaktion. Ein anderes Experiment wurde von ihm mit der Reaktion auf Kumarine versucht, die als das letzte Glied in der Kette der Umsetzungsprodukte anzusehen sind.

Bessere Reaktionen als jene Gosios bestehen zurzeit nicht. Sicherlich muß der wechselnde Giftgehalt der Phenole auch eine verschiedene Farbenskala ergeben. Es kann sich daher nicht um unanfechtbare Reaktionen handeln, die mit unwandelbarer Sicherheit den Prozentsatz an Giftstoffen beim verdorbenen Mais ergeben. (Wie die Redaktion der letztgenannten Zeitschrift bemerkt, soll auch gesunder Mais die Eisenchloridreaktion geben.) Immerhin besitzen sie jedoch im Verein mit anderen Kriterien einen praktischen Wert, nach Probizer, für das Parere von Sachverständigen.

Auf diesem Standpunkt steht Volpi-Ghirardini in seiner Abhandlung: „Ricerche chimiche e tossilogiche sul Mais guasto", worin er feststellt, daß das Versagen der Gosioschen Reaktion nicht als Beweis für das Nichtvorhandensein von Giftstoffen im Maismehl anzusehen sei.

Terni glaubt die Ursache der Pellagra in einem Sporozoon zu finden; er ist Anhänger der Theorie, daß die Maisnahrung zu arm an Stickstoff sei (eine Ansicht, die schon vielfach widerlegt wurde) und möchte daher die Maiskultur abschaffen, womit jeder Pellagrologe sich einverstanden erklärte. Ceni brachte seine Theorie vor, daß die Produkte des Penicillium glaucum in ihrem Giftgehalt nach der Jahreszeit variieren, eine Theorie, die Gosio bekämpfte. Tiraboschi erörterte eine Serie von Experimenten, die er



an den Hyphomyzeten und Parasiten des verdorbenen Mais angestellt hatte.

Von Publikationen in der letzten Zeit ist eine von Bezzola über Maisfütterung bei Meerschweinchen (Zeitschr. f. Hyg., Bd. 56) hervorzuheben. Er kommt zu folgenden Resultaten: Ausschließliche Maisfütterung ist bei Meerschweinchen unzureichend. Der fortgesetzte Genuß einer aus Mais, Grünfutter und Kleie zusammengesetzten Nahrung kann das plötzliche Auftreten einer durch beträchtlichen Haarverlust und Magendarmstörungen charakterisierten Erkrankung bedingen. Guter und verdorbener Reis verhalten sich dabei gleich. Jedoch will Bezzola aus diesen Experimenten keine bindende Schlüsse auf die Aetiologie der Pellagra ziehen. Schließlich — last not least — berichten Tizzoni und Panichi in der „Riform. med.“, Nr. 10, daß es ihnen gelungen ist, aus den Organen akuter Pellagröser einen Bazillus zu isolieren, der bei den Versuchstieren (Meerschweinchen) nicht nur bei subduraler Uebertragung Pellagra hervorruft, sondern auch bei Uebertragung durch Nahrungsmittel, vorausgesetzt, daß die Versuchstiere vorzugsweise Maisnahrung erhielten.

Die Therapie ist heute hygienisch-diätisch. Nach Neußer haben sich Arsen und Protargol bewährt. Dr. Campani rühmt in der „Rif. med.“ das Paraganglin Vassale, ein aus der Marksubstanz der Nebenniere hergestelltes organotherapeutisches Präparat in der Behandlung der Pellagra, auf Grund der Beobachtungen im Pellagrosarium (Nonantola bei Modena). Ein wichtiges Symptom der Krankheit ist die Atonie der Muskulatur des Magendarmkanals; sie macht die Erkrankung durch das lange Verweilen unverdauter Massen besonders schwer und hier tritt die tonische Wirkung, die nach Beobachtung der italienischen Autoren das Paraganglin auf die erschlaffte Darm- und Magenmuskulatur ausübt, ganz deutlich hervor. Das Mittel ist keineswegs als ein Spezifikum gegen Pellagra aufzufassen, aber dadurch, daß es ein hervorragendes Symptom günstig beeinflußt, ist es geeignet, im Beginn die Krankheit abzuschneiden und sie sonst oft milder zu gestalten. Es wird auch per clysma verabreicht.

De Paoli schreibt noch (Gaz. degli osped.; n. d. Münch. med. Wochenschr.) über die Unschädlichkeit des Paraganglins per os gegeben. Von dem Augenblick an, wo verschiedene Autoren nachweisen konnten, daß dem Adrenalin, zu therapeutischen Zwecken angewandt, eine schädigende Wirkung auf die Wände der Arterien zukommen könne, lag es nahe, auch bei der Anwendung des Paraganglin an eine ähnliche Möglichkeit zu denken.

De Paoli weist nun nach, daß das Adrenalin des Handels ein anders wirkendes Präparat ist wie das Paraganglin. Letzteres wirkt auf den Tonus der Blutgefäße und auf die glatte Muskulatur des Magens und des Darmes. Es regelt nach Art eines Ferments den organischen Stoffwechsel und verhindert Autointoxikationen. Der Gehalt an Fermenten, an Phosphor und Lezithin, wie seine Darstellung aus der Marksubstanz der Nebenniere, unterscheidet das Präparat von Adrenalin.

Abschließend komme ich auf Grund der mitgeteilten Anschauungen zu folgendem Urteil: Vorweg muß man die Mitteilung Tizzoni-Panichis über den Bazillus der Pellagra ausnehmen. Bestätigt sie sich, so ist sie berufen, eine ganze Umwälzung in der Theorie und Therapie der Pellagra hervorzurufen. Da auch die Ueberimpfung auf Tiere gelungen ist, so ist die Möglichkeit einer Serumtherapie, von der schon Neußer sprach, in die Nähe gerückt. Immerhin ist darauf zu verweisen, daß auch in dem Experiment Tizzoni-Panichis dem Mais eine wichtige Rolle zugeschrieben ist, so daß auch nach Tizzoni-Panichis der Mais aus der Aetiologie der Pellagra nicht ausgeschaltet ist. Bestätigt sich aber die Beobachtung Tizzoni-Panichis nicht, so bietet uns die Theorie Cenis, gestützt durch die Kontrollversuche Ottos, derzeit die befriedigendste Erklärung dieses rätselhaften Krankheitsbildes.

(Aus dem Kinderambulatorium von Dr. Fromm, München.)

Thiocol als Antidiarrhoikum.

Von Dr. **Nothmann.**

Im folgenden sei es mir gestattet, das Interesse der Aerzte auf ein uns oft bewährtes Mittel zu lenken, dessen Wirksamkeit folgende, kurz rekapitulierte Krankengeschichten illustrieren sollen.

Es handelt sich um zwei Geschwister im Alter von $1^1/_2$ und 3 Jahren, Helene und Ludwig M. Helene erkrankte am 8. Oktober 1906 an Fieber, Erbrechen und Durchfall. Unter entsprechender Diät hörte das Erbrechen nach zwei Tagen auf, die Stühle erfolgten aber trotz Tannalbin-Darreichung bis zum 13. Oktober immer noch in vermehrter Anzahl und behielten ihren schleimigen, diarrhöischen Charakter bei. Gleichzeitig bestanden Temperatursteigungen bis 38·0. Am 13. Oktober wurde das von Heubner sehr warm empfohlene Ferr. pyrophosphoric. c. Ammoncitric. 1·5/100·0 verabreicht; am 17. Oktober wurde dieses Mittel mit Tannalbin kombiniert und als Diät Eichelkakao und Hygiama verabfolgt. Am 19. Oktober wurde wegen Mangel an Besserung eine Schüttelmixtur von Tannalbin, Bismuthose āā 5·0 auf 100 Wasser mit 3 Tropfen Tct. opii verordnet. Trotzdem erfolgten am nächsten Morgen noch sieben wässerige Stühle. Die Temperatur hatte sich in den letzten Tagen zeitweilig bis zu 39° erhoben. Am 20. Oktober ordinierten wir bei gleich strenger Diät Thiocol zweimal 0·5. Am nächsten Tage erfolgten nur noch zwei schon breiige Stühle, ebenso am 22. Oktober. Das Fieber sank lytisch ab. Am 23. Oktober erfolgte bereits ein fester Stuhl, vom 26. Oktober wurde bei Einhaltung von Thiocol mit Milchdarreichung begonnen und in den nächsten Tagen zur gewöhnlichen Kost übergegangen, welche gut vertragen wurde.

Ganz ähnlich gestaltete sich der Krankheitsverlauf bei dem 3 Jahre alten Ludwig. Er erkrankte am 11. Oktober, also drei Tage nach der Schwester, ebenfalls mit Fieber, Erbrechen und starken Diarrhöen. Durch strenge Diät und die oben genannten Mittel in etwas größeren Dosen wurde bis zum 20. Oktober keine wesentliche Besserung der Entleerungen erzielt. Das Fieber erhob sich an einem Tage bis zu 39·1. Daher wurde Thiocol dreimal 0·5 verordnet. Am 21. Oktober wurden zwei nicht mehr flüssige, am 22. Oktober zwei weiche Stühle entleert. Das allgemeine Befinden war gut, der Appetit schlecht. Am 23. Oktober erfolgten drei dicke Stühle, vom 24. an täglich zwei homogene, feste Entleerungen, die in Zahl und Charakter sich nicht veränderten, nachdem vom 26. Oktober an langsam zur gewöhnlichen Kost übergegangen wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde mit der Thiocoldarreichung fortgefahren.

Es handelte sich also bei diesen beiden Kindern um subakute, infektiöse, offenbar aus derselben Quelle stammende Darmkatarrhe, die weder durch strenge Diät, noch durch die bekannten antidiarrhöischen Mittel, dagegen prompt durch Thiocol beeinflußt wurden. Der Vollständigkeit halber sei hier noch erwähnt, daß bei der Diagnose ein Typhus, an dem man wegen des gleichzeitigen Auftretens in einer Familie, des Fiebers und der Unbeeinflußbarkeit vielleicht hätte denken können, deswegen auszuschließen ist, weil zu jeder Zeit Roseolen, Milztumor und Diazoreaktion fehlten. Ich halte mich also nach diesen beiden und anderen Erfahrungen für berechtigt, das Thiocol auch zur Behandlung von Darmkatarrhen zu empfehlen. Allerdings muß es in ziemlich großen Dosen gegeben werden, bei dem dreijährigen Knaben schon 1·5 im Tage. Es löst sich gut in Wasser, hat keinen üblen Geschmack, so daß es auch in der Kinderpraxis mit Vorteil angewendet wird. Es beeinflußt im günstigen Sinne die Entleerungen, ohne aber im Gegensatz zu anderen Mitteln selbst bei längerem Gebrauche Verstopfung zu bewirken. Der einzige mir bekannt gewordene Fehler ist sein ziemlich hoher Preis.

REFERATE.

Innere Medizin.

Mundhöhle und Rachen.

1. **Xerostomie, ein Krankheitsbild infolge mangelhafter Speichelsekretion.** Von G. Zagari. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Ueber das Vorkommen des Meningokokkus und des Micrococcus catarrhalis im Nasenrachenraum und Desinfektionsversuche mit Pyozyanase bei diesen Infektionen.** Von L. Jehle. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Beitrag zur Formamint-Therapie.** Von Dr. A. Blumenthal. Ref. Stabsarzt Ott, Benediktbeuern.
4. **Ueber Stomatitis mercurialis und ihre Verhütung durch Isoformzahnpasten.** Von Dr. Konrad Siebert. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. Zagari beschreibt ein seltenes Krankheitsbild, das kurz wiedergegeben werden mag. Bei einer 50jährigen Frau entwickelt sich eine außerordentliche Trockenheit des Mundes, schließlich ein vollständiges Versiegen der Speichelsekretion mit allen seinen Folgen für den Kau-, Schluck- und Sprechakt; nach 6—7 Monaten tritt Hypogeusie und schließlich Ageusie der zwei vorderen Drittel der Zunge hinzu; trotzdem besteht guter Appetit, reichliche Nahrungsaufnahme und gute Verdauung weiter; aber trotz reichlicher Nahrungsaufnahme magert die Patientin immer stärker ab; eine wegen Verdachtes auf alte Lues eingeleitete spezifische Kur bringt keinen Nutzen, und die Frau geht $2^1/_4$ Jahre nach Beginn der Affektion im Marasmus zugrunde. Zagari glaubt, daß die Ursache der ganzen Erkrankung in einer vielleicht luetischen Affektion der dem Salivationsakt und Geschmackssinn vorstehenden Zentren im Zentralnervensystem zu suchen ist, und daß die sonst nicht zu motivierende Abmagerung ihre Ursache in dem Wegfall der inneren Sekretion der atrophischen (auch auf Pilokarpin nicht mehr reagierenden) Speicheldrüsen findet. — (Il Policlinico, Sez. med. Nr. 1, 1907.)

2. Jehle untersuchte zunächst die Wirkung der Pyozyanase auf Reinkulturen von Meningokokken. Schon eine relativ sehr geringe Menge unverdünnter oder verdünnter Pyozyanase genügte, um das Wachstum der Meningokokken zu verhindern. Viel geringer war die Wirksamkeit auf das zellreiche Sediment einer Lumbalpunktionsflüssigkeit. Weitere Versuche sollten die Wirksamkeit der Pyozyanase beim infizierten lebenden Menschen erproben. Die verwendete Menge schwankte zwischen 0·5—3 cm^3; sie wurde durch Sray oder Einträufeln in den Nasenrachenraum einverleibt. Bei einer Grippenepidemie im Säuglingszimmer waren am Tage nach der Einverleibung noch bei einem, nach 48 Stunden bei keinem der Kinder mehr der Micrococcus catarrhalis nachweisbar, während vor der Einträuflung ihn alle aufwiesen; gleichzeitig sistierten die Erkrankungen. Auf Meningokokken wurden zirka 170 Personen untersucht, nämlich zirka 35 Meningitiskranke, zirka 120 Personen und ihre Umgebung und zirka 30 Kontrollpersonen. In 39 Fällen (darunter keine der Kontrollpersonen) fanden sich Meningokokken. Meist genügte bei ihnen eine 1—2malige Pyozyanaseinstillation, um die Kokken zum Verschwinden zu bringen. Die energische Wirkung ist wohl darauf zurückzuführen, daß durch die Pyozyanase, im Gegensatz zu anderen antiseptischen Mitteln, die Schleimmassen nicht zum Gerinnen gebracht werden. Eine Wirkung der Pyozyanase auf andere Mikroorganismen, die der Nasenrachenraum beherbergt — auf Strepto-, Staphylo-, Pneumokokken, Friedländersche und Kolibazillen — war äußerst gering oder ganz fehlend. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 1, 1907.)

3. Mit Einführung des Formamints in die Therapie ergab sich der seltene Fall, daß eine alte und täglich gehandhabte Methode, die Desinfektion des Rachens durch Gurgelwässer, verdrängt zu werden scheint. Insbesondere überwindet das Formamint die Schwierigkeit dieser Vornahme bei Kindern und Imbezillen.



Der Erfolg desselben hängt damit zusammen, daß an Stelle der kurzen Berührung der Schleimhäute durch Gurgelwässer, welche immer nur die oberflächlichen Gebiete der Schleimhaut treffen und welche selten auch die hinteren Rachengebiete erreichen, bei der Formamintbehandlung eine längere und tiefere Einwirkung des Mittels stattfindet, da man die Tablette langsam im Munde zergehen läßt; auch werden die frisch entzündeten Schleimhäute nicht unerwünschten forcierten Bewegungen ausgesetzt.

Das wirksame Prinzip des Formamints ist der freiwerdende Formaldehyd; eine Formaminttablette enthält 0·01 g Formaldehyd, als Nebenbestandteile Saccharum, Gummi arabicum, Accid. citricum. Die Tabletten haben den Vorzug vor anderen derartigen Ordinationen, daß in allen Schichten derselben die Zusammensetzung gleich ist. Nach Seifert tötet eine Tablette, in 10 cm³ Wasser gelöst, in 5—10 Minuten Aufschwemmung von Streptokokken, Pneumokokken, Typhus- und Diphtheriebazillen. Auch bei großen Dosen sind nach Rosenberg die Intoxikationserscheinungen minimal; im Urin kommt dem Formamint nicht die Bedeutung des Formaldehyds zu.

Die Formaminttabletten kommen in Packungen von 50 Stück à 1 g in den Handel.

Vf. hat Formamint an 52 Patienten erprobt; in erster Linie bei Angina, doch auch bei Abszedierungen der Tonsillen, ferner bei chronischer Pharyngitis und Laryngitis sowie bei Foedor ex ore hat dieselben auch prophylaktisch einem Sänger und drei Sängerinnen mit Erfolg verordnet. Das Mittel wird außerdem als Prophylaktikum gegen Stomatitis, auch Stomatitis mercurialis empfohlen.

Kinder nehmen die ihnen als Bonbons gereichten Tabletten sehr gerne; einem vierjährigen Knaben gab Vf. zweistündlich eine Tablette, Erwachsenen häufig stündlich eine Tablette.

Bei Rezidiven von Angina verschwanden die Erscheinungen schneller als unter der früheren Behandlungsart mit Gurgelungen, auch treten stets die subjektiven Beschwerden schnell zurück. — (Therap. d. Gegenw. Nr. 12, 1906; Sep.-Abdr.)

4. Siebert schreibt der Isoformzahnpaste auf Grund experimenteller Untersuchungen bedeutende bakterizide Eigenschaften zu. Er hält die Paste zur Zeit für das geeignetste Mittel, schwere Ulzerationserscheinungen im Munde zu verhindern. Er empfiehlt das Mittel zur Verhütung der Stomatitis mercurialis. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7, 1907.)

Pneumonie.

1. **Ueber paravertebrale und parasternale Perkussionsbefunde bei Pneumonie.** Von R. Pollak, Wien. Ref. Einstein, Stuttgart.
2. **Ueber den Wert der Thoraxdurchleuchtung bei der Pneumonie, namentlich bei zentraler Lokalisation.** Von H. Rieder, München. Ref. F. Perutz, München.
3. **Ueber das Westphalsche Phänomen bei kruppöser Pneumonie der Kinder.** Von Kyshallinos, Graz. Ref. Einstein, Stuttgart.
4. **Beitrag zur Alkoholanwendung bei der Pneumonie.** Von Fock, Hamburg. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Ueber die Verwendung der Röntgen-Strahlen zur Lösung der Pneumonie.** Von Edsall und Pemberton. Ref. Stabsarzt Ott, Benediktbeuern.

1. Von Hamburger und zum Teile schon vorher von Rauchfuß wurden bei pleuritischem Exsudat eigenartige Perkussionsbefunde festgestellt: eine paravertebrale, bezw. parasternale Dämpfung auf der gesunden Seite — dadurch verursacht, daß die Brustwand der kranken Seite durch das Exsudat am Mitschwingen verhindert ist — und eine paravertebrale, bezw. parasternale Aufhellung des Schalls auf der kranken Seite — hervorgerufen durch das Mitschwingen der gesunden Seite bei der Perkussion.

Pollak fand nun diese Perkussionsphänomene auch bei der Pneumonie der Kinder. Der Befund läßt sich also nicht zur Differentialdiagnose zwischen Pleuritis und Pneumonie verwenden. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 40, 1906.)

2. Rieders Beobachtungen stützen sich im ganzen auf zirka 20 Fälle von



kruppöser und Influenzapneumonie bei Erwachsenen.

Die Untersuchungen wurden teils in liegender Stellung auf einem gut durchleuchtbaren Tisch, teils auf einem bequemen Untersuchungsstuhl vorgenommen. Unter Verwendung von mittelweichen Röhren wurden die Grenzlinien des Thorax, der Herzschatten und der Schatten des Krankheitsherdes auf einer dem Leuchtschirm aufgelegten Glastafel aufgezeichnet und von da auf Wachspapier übertragen. Von photographischen Aufnahmen wurde in Anbetracht der Dyspnoe des Kranken Abstand genommen. In einigen Fällen bei zentralem Sitz der Pneumonie gelang es schon am ersten oder zweiten Tag der Erkrankung, während die Auskultation und Perkussion noch keinen Aufschluß gab, röntgenologisch die Diagnose zu sichern und die bestehende Annahme einer Meningitis, eines katarrhalischen Ikterus, eines Tpyhus auszuschließen. Sehr gut ist die Ausdehnung der Pneumonie auf dem Schirm zu übersehen und ihr Fortschreiten bei täglich vorgenommenen Durchleuchtungen zu kontrollieren. Die vorliegenden Untersuchungen ergaben, was auch von L i c h t h e i m u. a. behauptet wurde, in allen Fällen, gleichviel, ob zentrale oder lobäre Pneumonien vorlagen, mit Sicherheit ein Ausgehen der fibrinösen Pneumonie vom Hilus. Ferner wurde ein Freibleiben der dem Zwerchfell benachbarten Partien fast immer beobachtet. Der pneumonische Herdschatten ist sehr zart, von bandförmiger, rundlicher oder ovaler Gestalt. Auch nach der Krise, wenn längst keine perkutorisch-auskultatorische Phänomene vorhanden sind, läßt er sich noch einige Zeit nachweisen.

Von den Komplikationen der Lungenentzündung ist die Pleuritis, das metapneumonische Empyem, der Ausgang in Induration, die Bildung eines Abszesses mit Hilfe des Röntgenverfahrens einer genauen Beobachtung zugänglich geworden.

Bei katarrhalischen und lobulären Pneumonien ist erst beim Auftreten größerer konfluierender Herde ein deutliches Schattenbild zu erwarten. Die Diagnose der Bronchopneumonien im Gefolge von Infektionskrankheiten, der streifenförmigen Pneumonie beim Keuchhusten, der käsigen Pneumonie, kann gleichfalls durch das Röntgenverfahren eine Förderung erfahren.

Da wir somit durch die Röntgenuntersuchung am sichersten Aufschluß erhalten über die Lokalisation, Ausdehnung und Art der Ausbreitung bei der Pneumonie, so muß ihr ein beachtenswerter Einfluß auf Prognose und Therapie eingeräumt werden.

Die wertvolle Arbeit ist durch die Wiedergabe einer Anzahl von Schirmpausen illustriert. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 40 u. 41, 1906.)

3. K y s h a l l i n o s bestätigt die von P f a u n d l e r gemachte Angabe über das Fehlen des Patellarreflexes bei der kruppösen Pneumonie der Kinder. Er fand bei 65 Fällen von Pneumonie 27mal beiderseitiges, zweimal rechtsseitiges Fehlen der Reflexe und dreimal starke Herabsetzung derselben. Häufig findet man das W e s t p h a l sche Phänomen vor dem Auftreten jedes physikalischen Befundes, so daß es zusammen mit anderen Symptomen ein wertvolles diagnostisches Kriterium bildet. Prognostisch verwertbar ist das Zeichen nicht. Auch bei Kindern im zweiten Dezennium ist das Phänomen noch zu finden. Möglicherweise ist ein zu starker zerebrospinaler Druck Ursache der Erscheinung. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 30, 1906.)

4. F o c k hat sich an eine große Anzahl von Autoritäten mit dem Ersuchen gewandt, ihre Ansicht über die Alkoholbehandlung der Pneumonie zu präzisieren. Nur wenige geben jedem Pneumoniker Alkohol, einige grundsätzlich niemals, weit mehr der Mehrzahl der Fälle, die meisten nur ausnahmsweise. Die Art und Menge der Darreichung zeigt die denkbar größte Verschiedenheit. Bei der Potatorenpneumonie hält die Mehrzahl Alkohol für erforderlich; eine starke Minorität entzieht ihn auch hier grundsätzlich. Sehr verschieden ist auch das, was sich die einzelnen vom Alkohol erwarten: allgemeine Beruhigung, antitoxische Wirkung, Wirkung als Genuß- und Anregungs-

mittel, Vermehrung der Diurese und Diaphorese etc. Die Frage, ob der Alkohol als Exzitans für die Zirkulation zu betrachten ist, ist aber kaum zu bejahen. Die Frage, ob sich die erwartete Wirkung des Alkohols auch durch andere therapeutische Maßnahmen erzielen lasse, begegnet wieder der allerverschiedensten Beantwortung. Da man Pneumoniker mit wie ohne Alkohol genesen sieht, so kann man jedenfalls sagen, daß der Alkohol überflüssig ist. Es bleiben aber die beiden extremen Ansichten; die einen: der Alkohol ist nicht nur überflüssig, sondern direkt nachteilig; die anderen: wenn er auch nicht unbedingt notwendig ist, so ist es doch besser, ihn anzuwenden. Diesen Streit zu entscheiden, vermögen wir heute noch nicht. — (Münch. Med. Wochenschr. Nr. 44, 1906.)

5. Edsall vermutete die eventuelle Nützlichkeit der Röntgen-Strahlen in der Behandlung der ungelösten Pneumonie gelegentlich der Besprechung der Einwirkung der Strahlen auf den Stoffwechsel bei der Leukämie. Von dem gehörigen Verlaufe der gewöhnlichen Pneumonie ist bekannt, daß fermentative Prozesse die Rückbildung bezw. Auflösung des Exsudats bewirken. Demgemäß ist die rationelle Therapie, die Tätigkeit derartiger exsudatverdauernder Fermente anzuregen oder zu beschleunigen. Die Vf. beschränkten ausdrücklich ihre Wahl auf Fälle, in denen bemerkenswertes Fieber und alle anderen deutlichen Zeichen einer verlängerten aktiven Pneumonie fehlen. In drei Fällen waren die Wirkungen der eingeleiteten Röntgen-Behandlung so auffallend, daß sie näher beschrieben werden.

Vor der Beschreibung derselben bringen die Vf. einige Ueberlegungen, um die richtigen Schlußfolgerungen treffen zu lassen.

Die Grundbedingung ist, daß die stationären Erscheinungen nicht schon zu lange andauern, höchstens einige Wochen, bei einem organisierten Exsudat ist ein Erfolg nicht überzeugbar.

Die zweite Bedingung ist, daß es sich um einen wirklichen Mangel an Resorption, nicht aber um verlängerte Lungenentzündung handelt, wenn es auch unter Umständen schwer sein mag, leichte Entzündungsgrade ganz auszuschalten, jedenfalls aber sind solche Fälle auszuschließen, in denen entschiedenes Fieber und andere deutliche Zeichen von persistierender aktiver Entzündung und Toxämie vorliegen.

Als dritte Bedingung wird aufgestellt, soweit es irgend möglich ist, zu bestimmen, daß es sich nicht etwa um Tuberkulosis handelt.

Endlich habe man sich genau zu überlegen, daß die Bestrahlung auch ihre bedeutenden Gefahren bringt und demgemäß mit kurzen Expositionen und schwachen Dosen zu beginnen.

Eine Gefahr kann insbesondere darin gelegen sein, daß plötzliche Aufsaugung des Exsudats und seiner Produkte während einer schweren Toxämie mehr schaden als nützen könnte.

Der erste Fall betraf einen 50jährigen Mann. Nach zehntägiger Krankheitsdauer und Verschwinden des Fiebers und der toxämischen Erscheinungen verblieb die Verdichtung. Am 41. Tage nach Beginn der akuten Erkrankung wurde die erste (fünf Minuten) Exposition des Lappens vorgenommen. (21. April 1905.)

Die Expositionen wurden vier Tage fortgesetzt. Am 23. April 1905 wurden zahlreiche Rasselgeräusche in der betreffenden Partie konstatiert und am 27. April 1905 waren die letzteren verschwunden, eine leichte Dämpfung war dabei noch vorhanden über dem oberen Teil des Lappens und leichte Abschwächung der Atmung über den ganzen Lappen. Eine Woche später war außer letzterer nichts besonderes mehr zu konstatieren.

Der zweite Fall betraf einen 28jährigen Seemann. Bei seiner Aufnahme waren Puls und Atmung normal, sein ganzer Zustand gut, in dem linken Unterlappen aber waren Zeichen ausgesprochener Verdichtung, die den ganzen oberen Teil des Lappens bis hinunter zur 9. Rippe betraf.

Drei Tage lang war keinerlei Aenderung zu bemerken. Der Kranke wurde täglich sieben Tage lang durchleuchtet und die Resultate durch photographische Aufnahmen kontrolliert (am ersten und am letzten Tage). Am Ende der Behand-

lung konnten, abgesehen von leicht abgeschwächter Atmung über dem ergriffenen Lappen und einem kleinen Dämpfungsherd (1 Zoll im Durchmesser) in dem obersten Teil des Lappens, keine Abnormitäten konstatiert werden.

Das Röntgen-Bild, das früher einen mäßig intensiven Schatten in dem Bezirk der erkrankten Partie aufwies, zeigte am letzten Tage nur mehr einen kleinen, undeutlichen Schatten in dem kleinen Dämpfungsgebiet. Der Kranke selbst schien vollständig wohl.

Der dritte Fall betraf einen 34jährigen Mann.

Am 21. Tage nach der Krisis war der Oberlappen der rechten Lunge gänzlich solid. Nach zehn Durchleuchtungen war noch eine leichte Dämpfung vorne bis zur dritten Rippe; das Atemgeräusch war etwas rauh über diesem Bezirk, der Schall ober der Spina scapulae tympanitisch.

In den beiden letzten Fällen waren die Resultate der Stoffwechseluntersuchungen überraschend. An der Hand von zwei Tabellen wird gezeigt, wie anfangs die Ausscheidung nitrogener Substanzen, die Chlorid-, die Harnsäure- und Phosphatausscheidung steigt, insbesondere ergeben die beiden erstgenannten Harnbestandteile zuweilen ganz auffallende Steigerungen bis zur doppelten, die Chloride fast bis zur vierfachen Menge; namentlich sind auch die Intervalle zwischen den Expositionen in dieser Beziehung bemerkenswert.

Gegen das Ende der Behandlung sinken entsprechend der Abnahme der physikalischen Erscheinungen auch die Daten der chemischen Resultate.

Die Verfasser haben ähnlich tiefgreifende Veränderungen nur in einem schon früher von ihnen beschriebenen Fall von Leukämie, bei welchem eine außerordentlich rasche Besserung des Allgemeinbefindens, des Milztumors und der Leukozytose beobachtet wurde und in zwei Fällen von allgemeiner Intoxikation, die noch näher beschrieben werden sollen, gesehen.

Die Verfasser erinnern daran, daß ein absolut ähnliches Verhalten sich ja auch bei der ordentlichen Krisis einer günstig verlaufenden Pneumonie zeige.

Im Anschluß an diese Beobachtungen verbreiten sich die Beobachter noch weiter über die Frage, ob demnach ihre Theorie recht sei, daß die Bestrahlung in diesen Fällen für den Stoffwechsel eine fermentfördernde Bedeutung habe.

Sie kommen zum Schluß auf die Fermenttheorie in der Pathologie zu sprechen und geben sich hinsichtlich der Schwierigkeiten auf dem Wege dieser Forschungen keinen optimistischen Ideen hin. — (The americ. journ. of the med. sciences., Nr. 419, Febr. 1907.)

Splanchnoptose.

1. **Zur Behandlung schwerer Fälle von Enteroptose.** Von Privatdozent Dr. Alois Straßer. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
2. **Ueber das Fazialisphänomen bei Enteroptose.** Von Dr. W. Mager. Ref. P. Lißmann, München.
3. **Die Wanderniere.** Von Privatdozent Dr. H. Doering. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
4. **Eine neue Methode der Nephropexie.** Von G. Monzardo. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Weiteres zur Kenntnis der Enteroptose und zur Anwendung des Glénardschen Gurtes. Nebst Nachtrag betreffend „orthotische Albuminurie“.** Von Aufrecht, Magdeburg. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Straßer läßt die Patienten durch mehrere Wochen in der Rückenlage liegen, hebt das Kreuz durch ein unterlegtes Polster und belastet den Bauch mit einem Schrot- oder Sandsack. Der belastende Sack wurde etwa halbmondförmig auf die untere Bauchhälfte angelegt und die Hauptmasse des Inhaltes bald gleichmäßig verteilt, bald ungleich, so daß größere Mengen bald auf beiden Seiten, bald in der Mitte oder einseitig verteilt waren. Die Länge des Belastungssackes war etwa 40 cm, die Breite 8—10 cm und das Gewicht um 3 kg herum. Der Balastungssack bleibt tagsüber, wenn möglich auch nachtüber liegen. Straßer will mit dieser Belastungstherapie gute Erfolge bei der Behandlung schwerster Fälle von Enteroptose erzielt haben. — (Med. Klin., Nr. 99, 1906.)



2. Das von Chvostek zuerst beschriebene Fazialisphänomen findet sich nicht allein bei Tetanie, sondern auch, wie ausführliche Arbeiten von Frankl-Hochwart, Schlesinger etc. gezeigt haben, auch bei Tuberkulose, Neurasthenie, Hysterie etc. Es gelang nun Mager, bei 40 Fällen von Enteroptosen die Gegenwart des Fazialisphänomens nachzuweisen. Die Tatsache nun, daß bei Tetaniekranken stets eine Störung der Darmfunktion vorhanden ist, so daß die Autointoxikationstheorie bei Tetanie immer mehr an Wahrscheinlichkeit gewinnt, hat den Vf. veranlaßt, bei seinen Entereptosekranken mit positiven Fazialisphänomen genauere Stuhluntersuchungen zu machen. Als Resultat derselben ergab sich in 24 Fällen eine pathologische Gasbildung, welche nach des Vfs. Ansicht gleichzeitig mit abnormer Stoffwechselproduktbildung einhergeht, deren Resorption zu einer Antointoxikation des Körpers führt. Das Fazialisphänomen bei Enteroptose ist also durch Antointoxikation vom Darm her bedingt.

Des weiteren ergaben entgegen Stiller und Schlesinger die Untersuchungen des Vfs., daß bei Hysterie nur bei gleichzeitiger Darmstörung das Fazialisphänomen positiv ist, und daß es bei therapeutischer Regelung der Magendarmtätigkeit wieder verschwindet. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 51, 1906.)

3. Bei nicht durch schwere nervöse Symptome komplizierten Fällen von Wandernieren ergibt die Anheftung der Niere im allgemeinen befriedigende therapeutische Dauerresultate. Eine Suspension der Niere an die 12. Rippe mit Silberdraht ist zur Erzielung eines guten operativen Dauererfolges nicht notwendig; es genügt die Ausführung einer partiellen Dekortikation der Niere und Anheftung der Ränder der gespaltenen Capsula propria mit Katgut an die seitliche Bauchwand. Dazu kommt eine durch das Nierenparenchym samt Kapsel und Bauchwand gelegte Naht. Eine funktionelle Schädigung ist durch sie nicht zu befürchten. Bei schwer nervös-hysterischen Personen ist der Erfolg der Operation ein sehr zweifelhafter, gleichgiltig, ob in frühem oder spätem Stadium der Krankheit operiert wird. Neben vereinzelten, sehr guten Operationserfolgen, selbst bei veraltetem Leiden, versagt die Operation in den meisten Fällen vollständig. Bei der Unsicherheit der Voraussage jedoch und bei der Ungefährlichkeit des Eingriffes dürfte die Nephropexie versuchsweise auch bei diesen komplizierten Fällen, nach Erschöpfung der sonst üblichen Behandlungsarten, nicht ganz von der Hand zu weisen sein. — (Deutsch. Zeitschr. f. Chir., Bd. 84, H. 4—6.)

4. Die von Monzardo geübte Methode der Nephropexie besteht darin, daß man den Lumbarschnitt möglichst weit nach oben verlängert, durch Auseinanderhalten der Wundränder die 12. Rippe zu Gesicht bringt. Auf ihr wird longitudinal eingeschnitten, und ihr mittleres Drittel von Periost frei gemacht. Mittels der Knochenschere wird die Rippe nun gespalten, und zwar durch einen sehr schräg verlaufenden Schnitt, der unten einige Zentimeter von dem freien Rippenende beginnt und schräg nach oben innen geht. Der mit seiner Artikulation in Verbindung bleibende Teil der Rippe wird nun der Länge nach bis zu 4 cm von seinem Ansatz durchgeschnitten, und die obere Hälfte reseziert. Es bleibt dann ein langes und schmales Rippenstück übrig, welches in seiner zentralen Hälfte noch ganz von Periost bedeckt ist, so daß man es leicht durch Einbrechen ohne Kontiguitätstrennung mobilisieren kann. Dieses Rippenstück wird nun als Stütze für die Niere benutzt, indem man es am oberen Pol durch die Rindensubstanz dicht unter der Kapsel durchgehen läßt; das vortretende Ende der Niere wird an das stehen gebliebene periphere Ende der Rippe fixiert. (Die Fixierung wird auf diese Weise wohl fest, aber die Niere wird verletzt, und es besteht die Gefahr des Eintretens indurativer Veränderungen. D. Ref.) — (Gazz. degli osped., 16. Dez. 1907.)

5. Aufrecht hält daran fest, „daß die Nephroptose der Beginn, die Vorstufe und Vorbedingung der Enteroptose ist", deren Symptome sich in wechselnder



Weise zu ersterer hinzugesellen. Der häufig schon dilatierte Magen tritt herunter, es kommt zu Aufstoßen, Erbrechen, Magenschmerzen, Appetitlosigkeit. Man fühlt die Pulsation im Epigastrium, palpiert die gesunkene Leber. Dazu treten Senkungserscheinungen an den Genitalien, Ermüdung in den Unterextremitäten, Herzbeschwerden (infolge Phrenoptose!) und Krankheitserscheinungen, die scheinbar nur nervös sind und „von denjenigen Autoren, welche sich mit dem Studium der Enteroptose nicht beschäftigt haben, in das Gebiet der Hysterie und Neurosthenie einbezogen worden sind".

Als wirksamstes Mittel hat sich Aufrecht der Glénardsche Gurt bewährt. Seine Wirkung läuft aber keineswegs darauf hinaus, ein Redressement der ptotischen Organe zu erreichen; er vermag nur eine Verkleinerung des Bauchraumes in der Richtung von unten nach oben zu erzielen, die aber zur Besserung, ja zur Beseitigung der subjektiven Beschwerden hinreicht. Verbesserungen, die Glénard an seinem Gürtel angebracht hat, die aber dessen Preis stark erhöhen, hält Aufrecht für unnötig; Aufrecht selbst hat ihn etwas modifiziert, einen Uebelstand aber noch nicht ganz beseitigen können: den seitlichen Druck bei Frauen mit starken Hüften. Der Glénardsche Gürtel wird eventuell auch von Nutzen sein bei Graviden, bei Frauen, die nach dem Wochenbette aufstehen, bei Bauchhernien.

Eine neue Indikation eröffnet sich vielleicht für den Glénardschen Gürtel, wenn ein Versuch Aufrechts, ihn bei orthotischer Albuminurie anzuwenden, sich bewähren wird; in zwei Fällen war der Erfolg jedenfalls ermutigend. Aufrecht glaubt, daß es sich bei der orthotischen Albuminurie um eine numerisch-partielle Erkrankung von Nieren-Glomerulis als Folge einer schwächeren Einwirkung von Infektionskrankheiten handelt; sobald hier der Rückfluß in der vena renalis erschwert wird, wie es schon aufrechte Haltung mit sich bringt, geht Eiweiß durch die Kapillaren dieser Glomeruli hindurch. Es ist nun möglich, daß eine Senkung der Niere diese Erschwerung des Rückflusses begünstigt, und in solchen Fällen wird eventuell der Glénardsche Gürtel Besserung bringen. — (Ther. Monatsh. Nr. 3, 1907.)

Therapeutisches vom Kongreß für innere Medizin.

(15. bis 18. April 1907.)

Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

In seinem Referate „Neuralgie und ihre Behandlung" besprach Geheimrat Prof. Schultze-Bonn zunächst die chemischen Medikamente, die als sogenannte Antineuralgika in großer Anzahl in dem medizinischen Heilschatze vorhanden sind. Neben der medikamentösen Behandlung kämen die physikalischen Heilmethoden in Betracht, unter denen die Massage nur wenig leiste, während bei Anwendung des elektrischen Stromes bisweilen Besserung erzielt werde. Vielfach werde Wärme und Hitze mit Erfolg angewendet, nach Bier in der Form der Heißluftdusche, bei der Ischias seien warme Sandbäder von besonders gutem Erfolg. Allerdings gebe es auch bei dieser Behandlungsart ein Versagen, vor allem sei es die „Renteninschias" (Ischias testimonialis, wie sie Redner scherzhaft tauft), die allen Mitteln trotzt, jene Ischias, die seit Bestehen der Unfall- und Invaliditätsversicherung in besonders verstärktem Maße auftrete.

Von weiteren Behandlungsmethoden wurde dann noch für die Ischias die unblutige Dehnung des Nerven in Betracht gezogen, die auf verschiedener Weise ausgeführt werde. In den letzten Jahren wurde immer mehr ein Verfahren angewandt, das darin bestünde, in die schmerzhaften Nerven oder ihre Umgebung schmerzstillende Mittel, z. B. Kokain, einzuspritzen. Schließlich besprach Redner die Aussichten und Erfolge der operativen Behandlung der Neuralgien, besonders der Trigeminus-Neuralgie. Die Behandlung bestehe darin, daß die erkrankten Nerven auf größere Strecken entfernt werden; aber einerseits sei der Erfolg nicht immer zweifellos, anderseits

handle es sich um eingreifende, gefährliche Operationen (Entfernung des Ganglion Gasseri) mit 22—26% Verlusten. Es müsse das Bestreben der Zukunft sein, durch weiteren Ausbau der physikalischen Heilmethoden und der Injektionsmethoden alle Neuralgien zur Heilung zu bringen.

Das Korreferat von Prof. Schlösser-München beschäftigte sich in eingehender Weise mit der von ihm angewandten Methode der Alkoholeinspritzungen in das Gebiet der neuralgisch erkrankten Körperpartien. Seine Erfahrungen stützen sich auf die Behandlung von 209 selbstbehandelten Fällen, unter denen 123 Trigeminus-Neuralgien waren. Schlössers Methode besteht nun darin, den Alkohol in 70—80%iger Konzentration an den Nerven zu bringen. Der Alkohol bringt die Nervenelemente zur Degeneration respektive Resorption, wodurch dann eine Empfindungslosigkeit in den betreffenden Partien eintritt. Diese Methode der Ausschaltung von Nervensträngen bezweckt einen Ersatz für ausgedehnte chirurgische Exzision des Nerven. Eingespritzt werden Mengen von 0·1 bis 4·0 cm³. Schlösser hat sich für seine Methode eigene Kanülen konstruiert, die je nach dem Fall gebogenen Verlauf haben und nicht zugespitzt sind. Die Ausführung der Methode ist nicht sehr einfach, da es sich darum handelt, den Alkohol genau an die Stelle der Erkrankung zu bringen, und die eingehende Beschreibung des Vortragenden, wie er bei den einzelnen Aesten (wie z. B. den Nerv beim Foram ovale zu treffen) vorgeht, geben ein ungefähres Bild der technischen Schwierigkeiten. Außerdem ist die Behandlung nicht frei von unangenehmen Begleiterscheinungen und muß in den meisten Fällen des öfteren wiederholt werden. Immerhin sind die erzielten Resultate zufriedenstellend, so daß die Patienten für längere Zeit beschwerdefrei blieben; unter 38 Fällen von Ischias ist in 36 Fällen bis jetzt kein Rückfall aufgetreten, ebenso in einer Reihe von Neuralgien an anderen Körperstellen; auch die lanzinierenden Schmerzen bei Tabes schienen beeinflußbar durch Alkohol.

Lange-Leipzig will die Injektion von Flüssigkeiten in die Umgebung von Nerven als rein mechanisches Moment wirken lassen; er injiziert also große Mengen einer indifferenten Flüssigkeit, z. B. physiologischer Kochsalzlösung, und zwar erfolgen seine Injektionen unter hohem Druck. Von seiner Methode hat Lange vorzügliche Erfolge gesehen. Im Gegensatz zu Lange injizierte Alexander-Berlin differente Arzneimittel, z. B. Kokain in Form der Schleichschen Lösung in einer Menge von 10 cm³, und zwar nicht in den Nervenstamm selbst, sondern in dessen Umgebung, von der Erwägung ausgehend, daß es sich meist nicht nur um eine Entzündung des Nerven, sondern auch der diesem benachbarten Muskeln handelt. Langes und Alexanders Erfahrungen wurden vorwiegend bei der Ischias gesammelt.

In der nun folgenden Diskussion empfiehlt zunächst Goldscheider-Berlin die Behandlungsmethode Alexanders, doch glaubt er nicht, daß sie Gemeingut der allgemeinen Aerzte werden könne, sondern ist der Ansicht, daß sie mehr für Spezialisten auf diesem Gebiete reserviert bleibe. Treupel-Frankfurt empfiehlt die Langesche Methode, die jeder Arzt unter den heute üblichen Vorsichtsmaßregeln ausführen könne. Eine Anzahl von Rednern berichtete ebenfalls über günstige Erfolge, die sie teils mit der einen, teils mit der anderen Methode unter Anwendung von modernen schmerzstillenden Mitteln, wie Kokain, Eukain, Novokain, erzielt haben. Minkowski-Greifswald erwähnte einen Fall, in dem er durch Einspritzung von Stovain in den Rückenmarkskanal die Heilung einer schweren Ischias erzielt hatte. Finklenburg-Bonn machte von interessanten Versuchen an Tieren Mitteilung. Krause-Berlin beschäftigte sich mit der chirurgischen Behandlung der Neuralgie, und zwar mit der Trigeminus-Neuralgie. Er besprach die Erfolge der von ihm zuerst ausgeführten und geübten Operationsmethode; in vielen Fällen waren es Patienten, die durch ihre Schmerzen zur Operation — Entfernung des Nerven und des Ganglion Gasseri —

geheilt wurden. Die Operation ist sehr eingreifend und gefährlich, in manchen Fällen aber der einzige Weg. Brieger-Berlin teilte die Resultate der Behandlung mit, die in dem seiner Leitung unterstehenden hydrotherapeutischen Institut erzielt worden sind. Durch Anwendung feuchter oder trockener Wärme, besonders der schottischen Dusche, hat er unter 1000 Fällen 80% Heilungen gesehen, und er will einen chirurgischen Eingriff nur dann zugeben, wenn alle anderen Behandlungsmethoden sich als vergeblich erwiesen hätten. Er wies auch auf eine Regelung der Diät bei neuralgisch erkrankten Patienten hin, einen Gesichtspunkt, den dann His-Basel besonders betonte. Er betrachtet mit den Engländern und Franzosen die Neuralgie als den Ausdruck besonderer Disposition oder Diathese und schlägt eine möglichst fleischlose Kost vor. Auch Stintzing-Jena ist der Ansicht, daß es bei der Neuralgie sich nicht um eine Nervenentzündung, sondern um die Folgen einer Stoffwechselerkrankung handelt, also um den Einfluß eines chemischen Agens innerhalb des erkrankten Nerven. Noch eine Reihe weiterer Vorschläge zur Behandlung der Neuralgien, speziell der Ischias, wurden gemacht. Hanau-Frankfurt empfahl die Anwendung trockener Schröpfköpfe, die den Vorzug hatten, daß sie leicht angewendet werden können und durch Erzeugung einer Blutstauung, ähnlich wie bei der Bierschen Hyperämie, den Krankheitsprozeß günstig beeinflussen. Die Biersche Stauung selbst hat Schilling öfters angewandt; Lenhartz-Hamburg empfahl aus dem alten Arzneischatz die „spanische Fliege" und v. Noorden-Wien berichtete über die überaus günstige Beeinflussung gewisser Neuralgien, besonders der nach Infektionskrankheiten durch das Methylenblau. Neben der medikamentösen und sonstigen Behandlung der Neuralgien, insbesondere der Ischias, ist aber absolute Ruhe des Patienten in erster Linie geboten; viele Fälle trotzen später jeder Behandlung, weil sie in der ersten Zeit nicht genügend ruhig gehalten worden waren. In dieser Auffassung stimmten ihm die meisten Redner bei, so daß der Referent Schultze in dem Schlußwort die Einmütigkeit dahin formulieren konnte, daß Ruhe des Bürgers erste Pflicht sei, besonders aber des Bürgers, der Ischias habe.

Pel-Amsterdam berichtete über Blutuntersuchungen, die er bei Nervenkrankheiten angestellt hat, aus denen sich ergeben hatte, daß die Patienten an den Tagen eines besseren psychischen Wohlbefindens eine sehr erhöhte Zahl weißer Blutkörperchen in ihrem Blute aufweisen. v. Jaksch-Prag besprach ein Krankheitsbild, das er bei Arbeitern in Mangan-Betrieben beobachten konnte. Die Patienten zeigten nervöse Störungen, wie Zwangslachen und -Weinen, einen eigenartigen, sich meist rückwärtsbewegenden Gang, den er durch Photographien demonstrierte. Die Patienten konnten durch Hochfrequenzströme geheilt werden. Krause-Berlin gibt Kranken- und Operationsgeschichten einiger Fälle, bei denen eine umgrenzte Ansammlung von Hirnrückenmarks-Flüssigkeit innerhalb des Rückenmarkskanals Rückenmarksgeschwülste vorgetäuscht hat; die Operation brachte vollständige Heilung. Eine Erklärung, wie die Erkrankung zustande kommt, ist zur Zeit nicht zu geben. Zur Behandlung der Aphasie teilt Gutzmann-Berlin mit, daß er in mehreren Fällen, selbst bei langjährigem, unveränderten Bestehen der Sprachlosigkeit, durch systematische Uebungstherapie gute Erfolge erzielt habe; zum Teil handelte es sich dabei auch um ältere Personen; so z. B. um einen 65jährigen Prediger, der wieder vollkommen dienstfähig wurde.

Die dritte Sitzung brachte zunächst Vorträge aus dem Gebiete der Infektionskrankheiten. Fr. Meyer-Berlin berichtet über seine im Verein mit Bergell angestellten Laboratoriumsversuche der Gewinnung eines Heilserums gegen Typhus. Meyer suchte das Gift, das die Typhusbazillen bilden, aus großen Bazillenmengen darzustellen. Dabei handelt es sich um zwei Arten von Giften, deren eines in der Leibessubstanz der Bazillen selbst enthalten ist und bei deren Zerfall frei wird, während das andere von

Bazillen als Lebensvorgang produziert wird. Durch Züchtung in besonders zubereiteter Bouillon konnte dieses Gift dargestellt werden. Sowohl mit der ersteren Giftart (Endotoxin) als auch der zweiten (Toxin) hat Meyer eingehende Versuche angestellt und mit Hilfe des zweiten versucht, ein Heilserum (Antitoxin) zu gewinnen. Er konnte mit 1 cm³ dieses Heilserums Tiere gegen die 20fach tödliche Dosis schützen und auch schon erkrankte Tiere damit heilen. In zwei Fällen schweren Typhus beim Menschen hatte das Serum erhebliche Besserung nach einigen Tagen gebracht, woraus Redner allerdings zunächst vorsichtigerweise nur den Schluß ziehen will, daß es nichts schadet. Die Wirkung der ersten Giftart, bei Tieren einverleibt, ist eine ähnliche wie beim Menschen; sie ruft schwere Darmveränderung, Schwellung der Peyerschen Plaques hervor und führt nach 2—3 Tagen zum Tode. Demonstration von Präparaten. Dieses bazillenfreie Gift schwächt sich aber in kurzer Zeit, beim Stehen schon, ab und läßt sich dann für Immunisierungszwecke verwenden, vielleicht einmal auch für den Menschen. Interessant ist ferner die Tatsache, daß bei Tieren, die mit Typhusbazillen infiziert worden waren und denen dann hinterher das Heilserum in die Bauchhöhle eingespritzt wurde, die Bazillen in ganz kurzer Zeit vollständig von Phagozyten aufgenommen worden waren, wobei in letzterem fettähnliche Körnchen auftraten. Mit einem ähnlichen Thema beschäftigten sich die Mitteilungen von Matthes und Gottstein-Köln: Ueber Wirkungen von Verdauungsprodukten aus Bakterienleibern auf den gesunden und infizierten Organismus. Sie haben Typhuskulturen der künstlichen Verdauung mit Pepsin und Bauchspeicheldrüsenferment unterworfen und dabei Präparate gewonnen, die ebenfalls sehr giftig wirken. Gegen diese Produkte ließ sich einerseits immunisieren, auf der anderen Seite hatten sie die Eigenschaft, daß Tiere, denen diese Substanz in geringer Menge einverleibt wurde, einer nachfolgenden Infektion mit Typhusbazillen viel rascher und sicherer erliegen, selbst wenn ihnen eine viel geringere (50mal) Dosis einverleibt wurde als die, die erst sonst normale Tiere tötet.

Kuhn-Berlin berichtet über die günstigen Resultate, die er bei tuberkulösen Lungenkranken mit Hilfe der von ihm angegebenen Lungenmaske erzielte, die eine Blutüberfüllung in den Lungen hervorruft und so heilend wirken soll. Das Verfahren besteht darin, daß durch eine besonders konstruierte Maske die Einatmung erschwert wird, während die Ausatmung in normaler Weise vor sich geht; es entsteht dadurch eine Luftverdünnung im Brustraum und hiedurch eine Ansaugung von Blut in die Lungen. Unter der Anwendung der Maske, die völlig ungefährlich ist, steigt nicht nur die Zahl der roten Blutkörperchen auf eine große Höhe, sondern auch die Zahl der weißen Blutkörperchen, was für eine Heilung besonders wertvoll ist. Wie in hochgelegenen klimatischen Gegenden die Steigerung der roten Blutkörperchen als ein besonders wertvolles Unterstützungsmittel für die Heilung der Lungentuberkulose angesehen wird, so erreicht das Verfahren des Redners denselben Effekt. Krober-Jena bestätigt teilweise die Erfolge des Redners; er hat das Verfahren auch bei hochgradig blutarmen Personen angewandt und war damit zufrieden, während Schleip-Freiburg rät, die Blutbefunde Kuhns mit Vorsicht zu deuten. — Die weiteren Vorträge betrafen die Erkrankungen der Nieren. In der sich anschließenden Diskussion wurde hauptsächlich der Punkt erörtert, ob und wie weit man Nierenkranken mit schon vorhandener Wassersucht (Oedemen) oder zur Verhütung derselben Kochsalz- und größere Flüssigkeitsmengen geben oder entziehen soll. Strauß-Berlin, der zuerst auf den schädlichen Einfluß des Kochsalzes auf die erkrankten Nieren aufmerksam gemacht hat, plädiert für eine Kochsalzentziehung bei Nierenerkrankungen nicht nur bei schon bestehenden Oedemen, sondern auch zur Vermeidung derselben; v. Noorden-Wien warnt vor einer Schematisierung in dieser Richtung, was auch Strauß akzeptiert, und betont, daß die kochsalzfreie oder -arme

Nahrung den Patient schließlich leid würde und diese dadurch in ihrer Ernährung geschädigt würden.

Brugsch und Schüttenhelm berichten über Stoffwechselversuche bei Gichtikern; sie fanden, daß der Gichtiker immer Harnsäure im Blute hat, selbst bei einer Nahrung, die die Bildung von Harnsäure ausschließt. Sie betrachten die Gicht als eine Störung des Nukleinstoffwechsels, welche in einer verlangsamten und verringerten Harnsäurebildung und in einer verzögerten Harnsäurezerstörung zum Ausdruck kommt. Zulzer-Berlin berichtet über experimentell erzeugte Zuckerkrankheit. Er hat sich zu diesem Zwecke des Adrenalins (Nebennierensubstanz) bedient und suchte Parallelen zwischen dem auf diesem Wege erzeugten Diabetes und dem Pankreas-Diabetes Minkowskis zu finden. Es ist dem Vortragenden gelungen, die Adrenalininjektionen, die sonst bei Tieren eine Zuckerausscheidung hervorrufen, durch gleichzeitige Injektionen von Bauchspeicheldrüsensubstanz zu paralysieren, so daß keine Zuckerausscheidung auftrat; ebenso konnte er durch Exstirpation der Bauchspeicheldrüse und gleichzeitige Unterbindung der Nebennierenvenen das Ausbleiben einer Zuckerausscheidung konstatieren. Belege aus der Literatur sowie die eigenen Ueberlegungen führen den Redner zur Ansicht, daß für die Entstehung des Diabetes zwischen Pankreas und Nebennieren wichtige Beziehungen bestehen müssen. Unter den weiteren Vorträgen über den Diabetes interessierte der Vortrag von Lüthje-Frankfurt: „Beitrag zur Frage der Zuckerökonomie im Tierkörper.“ Bei zuckerkranken Hunden könnte Lüthje die Beobachtung machen, daß die Außentemperatur einen unverkennbaren Einfluß auf die Zuckerausscheidung habe, indem die Kälte sie vermehre, die Wärme aber eine Verminderung herbeiführe. Dieser Einfluß ist besonders eklatant bei Tieren im Hungerzustand. Er fand auch bei normalen Tieren die Zuckerzahl des Blutes in Abhängigkeit von der Außentemperatur und nimmt an, daß, wenn der Körper einen Mehrbedarf von Wärme erfordert, ein Transport von Zucker aus der Leber nach den Organen stattfindet, die diesen nötig haben. v. Noorden-Wien kann diese Beobachtungen bestätigen, auch beim Menschen, bei dem eine Abnahme der Zuckerausscheidung statthat bei hoher Außentemperatur, indes möchte er vor dem Aufenthalt der Diabetiker in den Tropen oder tropischen Klimaten abraten, obwohl sie dort Kohlehydrate besser vertragen, da sie in diesen leicht Hautkrankheiten ausgesetzt sind, die schwer zur Heilung kommen. Minkowsky-Greifswald konnte die Tierversuche Lüthjes bestätigen mit der Einschränkung, daß die Außentemperatur nur bei teilweiser Exstirpation des Pankreas von Einfluß ist. Er glaubt auch, daß in den Tropen nicht die hohe Außentemperatur der maßgebende Faktor ist, sondern die durch diese bedingte veränderte allgemeine Lebensführung und Kleidung, ebenso wie bei Tieren die Behaarung wohl von Einfluß sein dürfte. In der Diskussion betonte Lüthje, daß nach seinen neuesten Versuchen der Einwand Minkowskis nicht zutreffend ist.

Aus der fünften Sitzung seien die prachtvollen Präparate und Abbildungen erwähnt, die Spalteholz-Leipzig bei seinen Mitteilungen über Kranzarterienkreislauf und Herzmuskel demonstrierte. Haben dieselben auch eigentlich keinen Platz in einem Berichte über Therapie zu beanspruchen, so muß im allgemeinen Interesse doch auf diesen Vortrag hingewiesen werden. Es ist dem Vortragenden gelungen, Verbindungen zwischen den beiden Kranzarterien, die den Herzmuskel mit Blut versorgen, nachzuweisen. Man hat bis jetzt die beiden Arterien für sogenannte „Endarterien“ gehalten; die Beobachtungen von Spalteholz widerlegen nun diese Ansicht. Durch Einspritzung mit Gelatine und Chromgelb in eine dieser Kranzarterien und durch Behandlung des Herzens mit Benzol und Alkohol, die es durchsichtig machen, konnte Spalteholz den Verlauf dieser Blutgefäße bis in ihre feinsten Verzweigungen und ihre Verbindung untereinander feststellen. Die Photographien, Präparate und Zeichnungen, die der

Redner demonstrierte, sowie die überaus interessanten Ausführungen erweckten lebhaften Beifall. Experimentelle Untersuchungen an Hunden haben ergeben, daß Tiere, denen der absteigende Ast der einen Kranzarterie unterbunden worden war, munter fortleben. Die Verhältnisse des Menschen- und Hundeherzens bieten weitgehendste anatomische Analogien.

Im Kienematographen zeigte Köhler-Wiesbaden Bilder der Atmung mittels Röntgenaufnahmen. Ueberraschend gut waren die einzelnen Phasen der Respiration, das Hinauf- und Hinabsteigen des Zwerchfells, die Mitbewegung des Herzens zu sehen. Hier ist zu bemerken, daß sich entgegen früheren Vorstellungen bei der Inspiration das Zwerchfell nicht abflacht, sondern daß die kuppelartige Form verkleinert beibehalten wird.

In der sechsten Sitzung wurde weiter über die Krankheiten des Stoffwechsels und einschlägige Fragen beraten. Heitner-München berichtete „Ueber den Einfluß der Wasserzufuhr auf die Fettzersetzung“. Durch genaue Experimente an Hunden und Kaninchen hat Heilner die bisher herrschende Unsicherheit über diesen Punkt zu klären versucht. Es hat sich herausgestellt, daß eine Steigerung der Fettzersetzung durch Wasserzufuhr nur dann eintritt, wenn es in abundanten Mengen aufgenommen wird. Im gewöhnlichen Leben des Menschen tritt diese Abundanz so gut wie nie ein, da hier das den wahren Bedürfnissen des Organismus entspringende Durstgefühl die Wasseraufnahme zweckmäßig reguliert. Was die Behandlung der Fettleibigkeit betrifft, so ist es für die Fettzersetzung von keinem steigernden Einfluß, ob der Fettleibige eine seinem Durstgefühl entsprechende Menge Wasser kurz vor, bei oder bald nach dem Essen zu sich nehme. Dagegen müßte sich eine nicht unbeträchtliche Steigerung der Fettzersetzung dann geltend machen, wenn Fettleibige nüchtern große Wassermengen trinken, und dann bei mittlerer Außentemperatur und ruhiger Körperlage möglichst lange nüchtern bleiben oder aber zum Essen überreichlich Wasser trinken. — Leo-Bonn behandelt ein Kapitel der Eiweiß-Verdauungschemie, speziell das Verhalten des Pepsins und der Salzsäure bei der Eiweißverdauung, und glaubt, daß das Pepsin erst das Eiweiß der Salzsäure zugängig mache und nicht umgekehrt. Als praktische Folgerung seiner Versuche hält er es für notwendig, bei Salzsäuremangel im Magen bei größeren Mahlzeiten nicht nur eine einmalige Salzsäureabgabe zu verabreichen, sondern wiederholte Salzsäure-Pepsingaben, die Salzsäure gewissermaßen als Tafelgetränk zu geben. v. Mehring und Winternitz-Halle berichten über den Einfluß der Fiebermittel und des Alkohols auf die Körpertemperatur, die durch heiße Bäder oder durch Lichtbäder um einige Zentigrade erhöht wird und fanden, daß jene keinen Einfluß im Sinne einer Temperaturherabsetzung ausüben. Für die Wärmeabgabe werden durch diese Ueberhitzung so günstige Verhältnisse geschaffen, daß sie durch medikamentöse Mittel nicht mehr zu steigern sind.

Wohlgemuth-Berlin konnte an einem Menschen, der eine Fistel der Bauchspeicheldrüse hatte, die Absonderungsverhältnisse dieser wichtigen Drüse studieren. Und zwar suchte er den Einfluß der verschiedenen Nahrungsmittelarten zu erforschen, und fand, daß bei Verabreichung von Kohlehydraten sehr viel Saft produziert wurde, weniger bei Eiweiß, am wenigsten bei Fettnahrung, unter welchem Regime auch die Fistel bei dem beobachteten Patienten bald verheilte. Diese Versuche und Beobachtungen bieten viel Interesse, da ja die Bauchspeicheldrüse beim Diabetes eine große Rolle spielt. Ein gleiches Thema behandelte Bickel-Berlin in seinem Vortrag „Ueber die therapeutische Beeinflussung der Sekretion der Bauchspeicheldrüse“. Er fand, daß die Sekretion nervösen Einflüssen unterliegt, und auch von der Beschaffenheit des Blutes abhängig ist. Durch Medikamente und durch Mineralwässer ist die Absonderung dieser Drüse ebenfalls zu beeinflussen. Diese Versuche, die sich an die epochemachenden Arbeiten Pawlows über die Magensekretion anschließen, gewähren einen Einblick in den feinen Mechanismus des Magen-Darmkanals und werden für die Behandlung von Krank-

heiten dieser Organe von Bedeutung werden.

Meyer-Halle berichtet über „Sahne-Pankreas-Klystiere“ und Schloß-Wiesbaden behandelte ein Thema einer bestimmten Magenerkrankung, „Die übermäßige Säurebildung“, und fand, daß es sich bei diesem Krankheitsbild der Uebersäurebildung nicht um einen Saft mit abnorm hohem Säuregehalt handelt, sondern um die Ausscheidung ungewöhnlich großer Mengen eines Saftes mit normalem Säuregehalt und empfahl eine diätetische Behandlung mit Vegetabilien. Kraus-Teplitz behandelte Patienten mit akuten und chronischen Gelenkaffektionen längere Zeit mit Umschlägen von Uranpecherzen, dem Gewinnungsprodukt des Radiums, und erzielte gute Erfolge. Spinde-Friedland behandelte das Krebsproblem; er hält den Krebs für eine Stoffwechselkrankheit und empfahl außer dem operativen Eingreifen eine innere Behandlung. Dem Kongreß war, wie alljährlich, eine Ausstellung wissenschaftlicher und praktischer Apparate, von Medikamenten und neuen Heilmitteln verbunden, besonders von seite der großen chemischen Werke war dieselbe gut beschickt; auch war den von der Teilnahme an den Sitzungen Ermüdeten Gelegenheit zur Stärkung durch Kostproben alkoholfreier Weine und Traubenmoste gegeben.

Nervenkrankheiten.

Heilung eines Falles von Ménièreschem Schwindel durch den galvanischen Strom. Von S. Gavazzeni. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Bei einer 46jährigen Dame mit chronischem, adhäsivem Mittelohrkatarrh entwickelte sich der Ménièresche Symptomenkomplex in der schwersten Form. Nachdem weder Jod noch Chinin Besserung herbeiführten, nahm Gavazzeni seine Zuflucht zur elektrischen Behandlung, für deren Wirksamkeit schon einige Beobachtungen vorliegen. Die negative Elektrode des galvanischen Apparats (12 qcm) kam in den Nacken, die positive (3 qcm) vor den Tragus; der Strom wurde allmählich bis auf 15 M. A. gebracht. Nach sieben Sitzungen wurde statt der Nackenelektrode eine solche von 3 qcm auf den anderen Tragus gesetzt. Die Kur dauerte 38 Tage mit im ganzen 24 Sitzungen, zuerst täglich, dann zweitäglich. Die Besserung trat sehr rasch ein, und schon nach drei Wochen war der Schwindel völlig verschwunden; die Ohrgeräusche verminderten sich, und die Hörschärfe wurde besser, nur leises Ohrensausen blieb; ein leichter Rückfall nach einem Jahr wich wenigen Sitzungen. — (Riv. internaz. di Ter. Fisica, Nr. 2, 1907.)

Beschäftigungstherapie für Nervenkranke. Von Prof. Dr. Lähr. Ref. Paul Lissman, München.

Zunächst wendet sich Vf. gegen das Wort Beschäftigungstherapie, an dessen Stelle er von Arbeitstherapie sprechen möchte; denn es kommt nicht darauf an, den Nervenkranken nur zu beschäftigen oder durch vorübergehende Spielereien zu zerstreuen; nein — er muß durch energische, seine körperlichen und geistigen Kräfte beanspruchende, zielbewußte Arbeit seiner eigenen noch vorhandenen Leistungsfähgkeit bewußt werden. Die dieser Arbeitstherapie zuzuführenden Kranken müssen aber zwei Bedingungen erfüllen: 1. sie müssen sich krank fühlen und Behandlung wünschen und 2. sie dürfen keine unüberwindliche Abneigung gegen Arbeit haben; somit fallen einfache Neuropathen, sowie Idioten, Imbezille oder sonstige Arbeitsunwillige, die auch sonst im sozialen Leben untauglich sind, auch für die Arbeitstherapie weg. Bei der Wahl der Arbeit verdient diejenige, die unter muskulärem Kraftaufwand auf ein bestimmtes, zu erreichendes Ziel lossteuert, wie Schreiner- und Gartenarbeit den Vorzug vor sportlicher oder gar geistiger Arbeit, da sie nicht allein durch die Muskelbetätigung Verdauungsbeschwerden, Fettleibigkeit, mangelnder Lungen- und Hauttätigkeit entgegenwirkt, sondern auch überall leicht einzuführen ist. Neben den angeführten wäre auch Buchbinderei, Malerei, Photographie etc. empfehlenswert; nur sind rein automatische Arbeit, wie Flechten und

Bürstenbinden, zu vermeiden, da sie den Zweck einer Körper und Geist intensiv beschäftigenden Arbeit nicht erfüllen. Arbeitsprämien empfiehlt Vf. nicht, da sonst leicht Ueberanstrengungen oder Mißgunst das Erwachen einer gemütsfrohen Stimmung hindern könnten. Zum Schluß weist Vf. noch auf die Notwendigkeit ärztlicher Ueberwachung der Arbeitstherapie hin. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 52, 1906.)

Eine Geburt bei vorgeschrittener Tabes dorsalis. Von Dr. P. Zacharias. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. berichtet über einen Fall von Schwangerschaft und Geburt im ziemlich weit vorgeschrittenen Stadium von Tabes dorsalis. Letztere wurde durch die Schwangerschaft und das Wochenbett in ihrem Verlauf nicht ungünstig beeinflußt. Die Geburt verlief ganz spontan. Auffällig waren während derselben die völlige Schmerzlosigkeit der Wehen, die Untätigkeit der Bauchpresse bis auf den Schlußakt beim Ein- und Durchschneiden des Kopfes, wie die kurze Geburtsdauer. Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bezw. die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft überhaupt hält Z. bei Tabes nicht indiziert. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 7, 1907.)

Zur Symptomatologie und Pathogenese des erworbenen Hydrocephalus internus. Von L. W. Weber, Göttingen. Ref. Eugen Binswanger, München.

Auf Grund der Forschungen der letzten Jahre muß der Hydrocephalus internus als ein wohl umschriebenes Krankheitsbild betrachtet werden und kann nicht mehr wie früher nur als Symptom bei verschiedenen Erkrankungen des Gehirnes gelten.

Die von Weber in eingehendster Weise klinisch und anatomisch geschilderten sechs Fälle von Hydrocephalus chronicus aus der Göttinger Klinik müssen als ein wertvoller Beitrag zur Klärung der Aethiologie und Pathogenese dieser Erkrankung angesehen werden.

Bezüglich der Diagnose faßt Weber seine Erfahrungen dahin zusammen, daß der Verdacht auf einseitigen Hydrocephalus internus nahe liege, „wenn bei langsamem Verlauf neben konstanten Herdsymptomen auch solche von schwankender Intensität und wechselnder Verteilung, und außerdem sichere Allgemeinerscheinungen vorhanden sind“.

Für die Pathogenese kommen drei Momente in Betracht, welche aber weder gleichzeitig noch in gleicher Intensität vorhanden zu sein brauchen, um die klinischen Erscheinungen des Hydrocephalus zu bewirken. Diese Momente sind:

1. eine vermehrte Liquorbildung,
2. die Behinderung des Liquorabflusses aus den Ventrikeln,
3. verringerte Widerstandsfähigkeit der Ventrikelwand.

Verschiedene ätiologische Faktoren bedingen nach Weber keine charakteristischen pathologischen Bilder und können daher keine Ursache zur Abgrenzung bestimmter Gruppen der Hydrozephalie bilden. — (Arch. f. Psych. u. Nervenheilk., Bd. 41, H. 1.)

Die Arzneibehandlung der Neurasthenie. Von Dr. Robert Freund, Danzig. Ref. Eugen Binswanger, München.

Vf. teilt die heute allgemein als richtig erkannte Anschauung, daß die Therapie der Neurasthenie in erster Linie eine psychische und physikalische zu sein hat. In der Praxis stellen sich aber der Durchführung der hydrotherapeutischen Kur oft die nicht unerheblichen Kosten hindernd in den Weg, sei es, daß diese der Kasse oder dem Patienten selbst zu hoch sind. In solchen Fällen sieht sich der Arzt zur medikamentösen Therapie genötigt, sie kann auch häufig neben der physikalischen Methode mit Nutzen Anwendung finden.

Als Beruhigungsmittel zieht Freund das Kodein dem Brom vor und verordnet es nach Dornblüth in Dosen von 0·01 g drei- bis fünfmal täglich, 2—4 Wochen lang.

Bei nervöser Schlaflosigkeit bewährte sich dem Autor eine Kombination von Brom und Kodein, eventuell unter Zusatz von Pyramidon:

Rp. Natr. brom. 10·0
Pyramidon 3·0
Codein. phosph. 0·3
Aq. dest. 150·0
D. S. Ein bis zwei Eßlöffel voll abends

Daneben verwendet er von dem eigentlichen Schlafmittel Veronal (0·3—0·5), doch warnt Autor — und das wohl sehr mit Recht — vor langdauerndem Gebrauch von Schlafmitteln.

Gegen die häufigen Begleiterscheinungen der Neurasthenie, die Anämie, wendet Freund die Arsen- und Eisentherapie an. Erstere in Form der Sanguinalpillen oder der Erbschen Pillen (Ferr. lact. 5·0, Extr. chinae 3·0, Extr. Strychn. 0·3, M. p. q. s. P. Nr. 100) dreimal täglich 2—3 Pillen, oder eventuell nach der F. M. B. Pilulae chinini. c. ferro und Pilulae ferri arsenicosi. Arsen wird als Sol. Fowleri in der bekannten Weise oder in Form der Arsengranules à 0·001 gegeben.

Phosphorpräparate verordnet Freund bei mageren, aber vollblütigen Patienten, die an nervösen Reizzuständen der Sinnesorgane leiden (besonders Ohrensausen). Neben der Phosphorsäure in folgender Form:

Acid. phosph. 17·0
Natr. phosph. 51·0
Aq. dest. 250·0
D. S. Drei bis zwölf Kaffeelöffel voll allmählich steigend

gibt Freund dem etwas teueren Protylin (Roche) den Vorzug. Diese Mittel zeigen nach Freund gelegentlich in leichten Fällen günstige Wirkung und können bei den übrigen Kuren unterstützend wirken. Ein Versuch ist überall da am Platze, wo es zu sparen gilt. — (Med. Klin., Nr. 3, 1907.)

Physikalische Therapie.

Ueber Iontophorese. Von Dr. F. Frankenhäuser. Ref. Dr. B. Buxbaum, Wien.

Die speziellen Indikationen der Iontophorese beruhen auf dem Umstand, daß sie die einzige Methode ist, welche es erlaubt, eine große Anzahl von Medikamenten allmählich flächenhaft in die menschliche Haut hinein, zum Teil durch sie hindurchzutreiben und dabei den Ort, die Dauer und die Menge dieser Einwanderung genau zu bemessen.

Indiziert ist die Iontophorese:

1. Bei manchen Krankheiten der Haut und der Schleimhaut zur Aetzung, als nutritiver Reiz, zur Erzielung adstringierender und desinfizierender Wirkungen. So sah Vf. gute Erfolge von der Anwendung des Hydrargyrumions und des Ichthyolations bei Psoriasis. Auch die spezifischen Wirkungen des Kupferions, des Aluminiumions, des Silberions, des Salizylations lassen sich iontophorisch verwerten. Das Zinkion wird besonders von Leduc bei Haarausfall und bei Zervikal- und Vaginalkatarrh empfohlen.

2. Zur Anämisierung (Adrenalinion, Kokainion) und Anästhesierung (Kokainion, Eukainion etc.) der Haut und Schleimhaut.

3. Zur iontopharischen Imprägnierung der Haut mit Badesalzen als Hilfsmittel der Balneotherapie in der Form hydrogalvanischer Mineralbäder.

4. Zur Einwirkung auf erkrankte Organe, welche unter der Haut liegen. So sah Vf. sehr gute Erfolge der Jodiontophorese bei Strumen, der Antipyrin-, Chinin-, Salizyliontophorese bei Trigeminus-, Interkostalneuralgien und Myalgien. Bei tiefer sitzenden Neuralgien, z. B. der Ischias, ist der Einfluß solcher Iontophoresen weniger direkt, weil die eingeführten Medikamente durch den Blutstrom fortgeführt werden. Demnach ist die Iontophorese auch in diesem Fall oft rationeller als die Einverleibung der betreffenden Medikamente vom Magen aus.

Eine sehr ernste Affektion der Sehnenscheiden der Hand sah Vf. unter dem Einfluß der Jodiontophorese schwinden. Der Fall wird nächstens von anderer Seite veröffentlicht werden. Dasselbe gilt von einem großen Neurom am Arm.

Besonders werden auch Gelenkaffektionen durch verschiedene Iontophoresen (Jod, Salizyl, Lithion) sehr günstig beeinflußt. Ueber manche Erkrankungen, bei welchen die Iontophorese nützlich sein könnte, z. B. der Pleuritis, Peritonitis

u. a., fehlen dem Vf. zurzeit noch Erfahrungen.

5. Zur Erzielung von Allgemeinwirkungen (z. B. Morphin, Digitalin, Quecksilber, Jod) ist die Iontophorese wohl verwendbar, doch wird sie nur in besonderen Ausnahmefällen den Vorzug vor der einfacheren, inneren Medikation verdienen.

Die Technik der Iontophorese ist sehr einfach. Die hauptsächlichste Voraussetzung bilden ein guter galvanischer Apparat und zuverlässige Medikamente. Alles andere läßt sich improvisieren. In der Regel wird eine Elektrode als große indifferente Elektrode angewendet, etwa in der Form, wie sie der Winternitzsche Elektrodentisch bietet. Die eigentliche Iontophorese geht dann an der anderen, differenten Elektrode vor sich.

Will man Aetzungen mit Säuren und Laugen ausführen, so tut man gut, die Lösung stark verdünnt zu nehmen (z. B. 4—5‰ Salzsäure oder Natronlauge), weil dann die Aetzung ausschließlich durch Iontophorese erfolgt. Man befeuchtet mit der Lösung chemisch reine Watte, Filtrierpapier oder dgl. und armiert damit die Elektrode. Der Strom wird mit der Uhr und dem Galvanometer dosiert. Der Aetzeffekt ist proportional der Dichte und der Dauer des Stromes. Bei kleinen Elektroden tritt die Aetzung schon bei wenigen M.-A. in wenigen Minuten auf. Bei Aetzungen mit Schwermetallsalzen kann man schon stärkere Lösungen nehmen. Im übrigen bleibt das Verfahren dasselbe. Doch kann man die unedlen Metalle auch direkt in Substanz anwenden. So werden z. B. die gynäkologischen Zinkiontophoresen in der Regel mit Sonden aus metallischem Zink ausgeführt.

Will man nicht ätzen, sondern Ionen ohne Schädigung der Haut einführen, so ist besondere Vorsicht geboten. Durch Elektrolyse entstehen nämlich während der Sitzung Stoffe an den Elektroden, welche die Haut verätzen, wenn sie zu derselben gelangen (z. B. Salzsäure an der Anode, Natronlauge an der Kathode). Um das zu verhüten, tut man gut, die Bäusche aus Filtrierpapier, Watte und dergleichen so dick zu machen, daß diese sekundären Stoffe nicht bis zur Haut gelangen. Legt man Stückchen von Lackmuspapier zwischen die einzelnen Schichten der Bäusche, so kann man das Fortschreiten dieser sekundären Stoffe beobachten. Besonders leicht dringen diese ätzenden Stoffe zur Haut an solchen Stellen durch, wo die Elektrode stark aufdrückt. Vf. benutzt deswegen zur Iontophorese fast gar keine starren Elektroden mehr, sondern improvisiert die Elektroden aus Stanniol, das sich sehr gut anschmiegt und sich jedem einzelnen Fall vorzüglich anpassen läßt. Aufs sorgsamste muß man vermeiden, daß irgendwo das Metall die Haut direkt berührt. Dort würde natürlich sofort Aetzung eintreten.

Als Beispiel der Iontophoresetechnik diene die Beschreibung einer Sitzung zur Behandlung einer Struma.

Als indifferente Elektrode dient in diesem Fall die Anode. Ein Winternitzscher Elektrodentisch stellt diese Anode dar und auf diesem werden beide Unterarme des Patienten breit aufgelegt.

Die Struma wird breit bedeckt mit einem 16—32fachen Bausch besten reinen Filtrierpapiers, der in einer 8‰igen Lösung von Jodwasserstoffsäure getränkt ist. Der Bausch erhält dadurch eine blaue Farbe. Darauf wird ein Blatt Stanniol so gelegt, daß nirgends das Stanniol mit der Haut in direkte Berührung kommen kann. Das Stanniol wird durch eine geeignete Polklemme mit der Kathode verbunden und mit einigen Touren einer Flanellbinde wird diese improvisierte Elektrode am Halse befestigt. Dann wird der Strom sehr vorsichtig eingeschaltet bis zu einer Dichte, die der Patient ohne Schmerzen erträgt (20 M.-A., manchmal auch mehr). Man läßt den Strom anfangs 10, später 20 und mehr Minuten wirken, schleicht vorsichtig aus, und die Sitzung ist beendet. Die Verwendung der Jodwasserstoffsäure zur Jodiontophorese hat zwei Vorteile. Sie ist billig und sie schützt ganz besonders vor Aetzung. Die Säure verhindert die sekundäre Bildung von ätzender Lauge an der Kathode. Da, wo die Jodwasserstoffsäure durch den galvanischen Prozeß verbraucht ist, verschwindet die oben erwähnte Blaufärbung des Bausches, an ihre Stelle tritt ein weißer Fleck. Man



kann den Patienten vor unerwünschten Aetzungen vollkommen schützen, wenn man dafür Sorge trägt, daß solche weißen Flecke nicht von der Elektrode aus durch den Bausch hindurch bis zur Haut durchdringen. Und das läßt sich sehr leicht durchsetzen.

Da es für manche Fälle sehr erwünscht erscheint, an Stelle einer täglich nur kurze Zeit ausgedehnten Iontophorese eine dauernde derartige Durchsetzung der Haut mit Medikamenten zu setzen (permanente Iontophorese), wurden in letzter Zeit Versuche mit der ambulanten Verwendung eines modifizierten Cinisellischen Elements und einer Taschenbatterie zu diesem Zweck gemacht. Die Ergebnisse dieser Versuche werden bald veröffentlicht werden. — (Zeitschr. f. physik. u. diät. Therapie, Bd. 11, H. 1.)

Chirurgie.

Frakturen.

1. **Zur Behandlung frischer Frakturen.** Von Watson Cheyne, London. Ref. A. Haas, München.
2. **Zur Behandlung der intra partum entstandenen Humerusfrakturen.** Von Dr. Karl Stuhl. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
3. **Ueber die Frakturen der unteren Radius-Epiphyse.** Von Prof. Reclus, Paris. Ref. A. Haas, München.
4. **Zur Frage der Naht bei Patellarfrakturen.** Von Dr. R. Lewisohn, Heidelberg. Ref. A. Haas, München.
5. **Ueber den klassischen Radiusbruch.** Von Dr. Lilienfeld. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
6. **Bruch des Schenkelhalses. Anatomische Behandlung.** Von Ruth. Ref. Vulpius, Heidelberg.

1. Die mobilisierende Behandlung der Frakturen, die das gute funktionelle Endresultat durch frühzeitige Bewegung und Massage zu erreichen strebt, bürgert sich mehr und mehr ein. Cheyne macht nun besonders darauf aufmerksam, daß bei einer sehr großen Anzahl von Frakturen eine exakte Reposition die Hauptbedingung zur Erzielung einer guten Funktion ist. Dies ist der Fall bei allen Knochenbrüchen in oder in unmittelbarer Nachbarschaft der Gelenke. Deshalb muß der Praktiker vor allem die Hindernisse kennen, die sich einer exakten Reposition in den Weg stellen. Das Haupthindernis ist fast immer die reflektorische Muskelspannung, die sich bei jeder Manipulation an der betroffenen Extremität steigert, weiterhin können interponierte Weichteile ein Hindernis darstellen, ferner beträchtliche Rotation der Fragmente, Zertrümmerung der Bruchenden, und schließlich zu geringe Größe des einen Fragments. Zur Reposition der Fragmente soll man für gewöhnlich die Allgemein-Narkose anwenden. Eine exakte Reposition ist gewöhnlich auch die Garantie für eine gute Retention. Die blutige Reposition rät Cheyne nur dann an, wenn die unblutige Methode nicht zum Ziele führt und man ohne exakte Reposition eine Schädigung der Funktion erwarten muß. Der Eingriff ist oft schwierig. Infektion ereignet sich in dem gequetschten Gewebe sehr leicht und es kann zu septischer Allgemeininfektion, zu Nekrose der Bruchenden und zu langwierigen Eiterungen kommen. Immer empfiehlt er die Knochennaht für die Frakturen der Patella und des Olekranons, dann für gewisse Frakturen der unteren Humerusepiphyse des Vorderarmes etc. — Als Fixationsmittel sind am sichersten Schrauben und Nägel, dann bei Diaphysenbrüchen kleine Aluminiumplatten, die ein Drittel der Zirkumferenz des Knochens umfassen und festgenagelt bezw. geschraubt werden.

Massage und vorsichtige Bewegungen läßt Vf. etwa vom zehnten Tage an jedem zweiten bis dritten Tag ausführen; bis dahin haben die Frakturen gewöhnlich schon eine gewisse Festigkeit erlangt. Die fixierenden Verbände wird man in der Zwischenzeit immer wieder anlegen. — (British Med. Journ., 5. Jänner 1907.)

2. Stuhl empfiehlt für intra partum entstandene Humerusfrakturen die permanente Extension durch Heftpflasterverband. Sie ermöglicht eine ständige Kontrolle und verhindert Dislocatio ad longitudinem so gut wie ganz; leichte seitliche Verschiebungen sind aber bedeutungslos. — (Deutsch. med. Wochenschrift, Nr. 3, 1907.)

3. Die Radiusfraktur ist eine der am besten gekannten und studierten Fraktu-

ren, entsprechend der Häufigkeit ihres Vorkommens; weniger bekannt sind die Besonderheiten, die sie gegenüber den klassischen Symptomen der Erwachsenen bei Greisen und bei jugendlichen Individuen bietet. Auf diese Dinge will Reclus besonders hinweisen.

Bei alten Leuten fehlt gewöhnlich die typische Bajonettstellung; das untere Bruchstück weicht nicht nach dem Handrücken zu ab, man kann fast immer abnorme Beweglichkeit und Krepitation nachweisen, die bei der Radiusfraktur in den mittleren Lebensjahren meist fehlen.

Bei jugendlichen Individuen kommt es in der Regel zu einer Lösung der unteren Radiusepiphyse. Seit der häufigen Anwendung der Röntgen-Strahlen weiß man, daß die Epiphysenscheibe am unteren Radiusende bei Frauen durchschnittlich im 20. bis 22., bei Männern im 20. bis 25. Lebensjahre verknöchert. Dadurch hat man erkannt, daß es sich bei der Mehrzahl der Radiusfrakturen im 18. bis 25. Lebensjahre um Epiphysenlösungen handelt. Dabei wird der Epiphysenknorpel gewöhnlich mit dem distalen Fragment zum Handrücken verlagert; oft nimmt der Knorpel noch eine dünne Knochenlammele aus der Volar- oder Dorsalfläche des oberen Fragments mit nach oben, die dann in nicht seltenen Fällen die Weichteile und die Haut durchbohrt und eine komplizierte Fraktur schafft. Bei der Diagnose der Epiphysenlösung ist vor allem das Alter des Patienten zu berücksichtigen. Allein dies ist nicht immer ausschlaggebend; R. hat eine radiographisch nachgewiesene Epiphysenlösung bei einem 26jährigen Fräulein beobachtet. Das Vorspringen des proximalen Fragments ist bei der Epiphysenlösung gewöhnlich stärker als bei der Fraktur, der fixe Schmerz ist entsprechend der Lage des Epiphysenknorpels bei der Epiphysenlösung etwa 5—6 mm vom Gelenk entfernt, bei der Fraktur dagegen 12—15 mm. — Bei der Behandlung der Epiphysenlösung ist zunächst exakt zu reponieren, die Dislokation hat gewöhnlich keine Neigung zur Wiederkehr. Ein fixierender Verband ist für drei Wochen anzulegen, frühzeitig mit Massage zu beginnen. — (Gaz. médicale de Paris, Dez. 1906.)

4. In den letzten 28 Jahren kamen an der Heidelberger chirurgischen Klinik 40 Fälle von Patellarfraktur zur Behandlung, 36 direkte Frakturen und vier mit sicher indirektem Mechanismus. 31 wurden konservativ behandelt, neunmal wurde die Naht der Fragmente ausgeführt. Lewisohn konnte nun bei 26 Fällen persönlich eine Nachuntersuchung über das definitive Endresultat bei oft sehr weit zurückliegender Verletzung und Behandlung vornehmen. Das Ergebnis ist auch hier wieder, daß die Erzielung einer festen knöchernen Vereinigung durch die Naht nicht auch ein gutes funktionelles Endresultat garantiert. Die von Lewisohn geschilderte Nahttechnik für operatives Vorgehen ist die gewöhnliche. Bei konservativer Behandlung wird ein häufiger Gebrauch von der Aspiration des Blutextravasats gemacht, wenn es sich nicht durch geeignete Maßnahmen rasch resorbiert. Vom vierten Tage an wird bereits leicht massiert, für Korrektur der Stellung der Patellarfragmente wird durch testudoartig angelegte Heftpflasterstreifen gesorgt, nachdem man sich über die Stellung der Fragmente durch eine Röntgen-Aufnahme orientiert hat. Durch Röntgen-Aufnahme muß man sich auch während der weiteren Behandlung in bestimmten Intervallen von der Stellung der Bruchenden überzeugen.

Interessant ist, daß das beste Resultat von zwei konservativ behandelten Fällen erreicht wird, bei denen die Fragmente beträchtlich klaffen und bei denen keine Spur von Konsolidation eingetreten ist. Die Funktion der betroffen gewesenen Extremität ist aber trotzdem ganz analog der gesunde. Im ganzen wurden 18 konservativ behandelte Fälle nachgeprüft. Außer den eben erwähnten beiden mit idealer Funktion befinden sich unter ihnen noch sechs Fälle mit vorzüglichen Resultaten; von diesen war aber nur bei zweien eine knöcherne Vereinigung eingetreten. Es folgen dann sieben Fälle mit mäßigem Resultat, von denen nur bei zweien eine knöcherne Vereinigung nicht eingetreten war. Drei konservativ be-

handelte Fälle ergaben einen schlechten Erfolg.

Von den acht nachuntersuchten, mit Naht behandelten Verletzten, sind zwei mit schlechtem Resultat, trotz knöcherner Heilung; nur ein Fall weist eine vorzügliche Funktion auf, und bei diesem ist infolge Durchschneidens der Drähte Heilung mit Diastase eingetreten.

Lewisohn zieht aus seiner Zusammenstellung den Schluß, daß die feste Vereinigung der Fragmente für das Gesamtresultat keineswegs die Hauptrolle spielt, und daß die konservativ behandelten Fälle den operativen überlegen sind.

Die operative Behandlung wird stets dann ihr Recht treten, wenn es sich um starke Dislokation der Fragmente handelt, also besonders bei der gewöhnlich mit ausgedehnter Zerreißung des Bandapparats einhergehenden indirekten Patellarfraktur. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 52, 1906.)

5. Lilienfeld berichtet über die im Zander-Institut der Arbeiterkrankenkasse für Leipzig und Umgegend mit der Behandlung der Radiusfraktur gemachten Erfahrungen. Die schlechte Heilung der unkomplizierten Radiusbrüche und Verschiebung der Bruchenden gegeneinander ist zum größten Teile durch die mangelhafte Einrichtung bedingt. Auch die so häufig auftretende Bewegungsbeschränkung am Handgelenk und an den Fingern wird meistens durch diesen Mangel bedingt, wozu noch erschwerend die lange Ruhigstellung kommt, ohne daß von Anfang an den Fingerbewegungen freier Spielraum gewährt wird. Die sogenannte „Knochenatrophie" spielt hiebei ursächlich nur eine ganz nebensächliche Rolle. Als erste Bedingung für eine gute Einrichtung der Radiusbrüche sieht Lilienfeld die Lösung der Einkeilung der Bruchenden an, die in den meisten Fällen vorhanden ist. Zur Diagnosenstellung kommt die typische Deformität in erster Linie in Betracht. Krepitation und abnorme Beweglichkeit fehlen fast stets. Auf das Radioulnargelenk ist immer die Aufmerksamkeit zu richten, da die Lostrennung der Ulna von der Radiusepiphyse und ihre Verschiebung keine allzu seltene Komplikation bilden. Vor allem ist auch auf die Komplikation mit Brüchen der Handwurzelknochen zu achten, die nur durch gute Röntgen-Aufnahmen sicher festzustellen sind. Um genauen Aufschluß über die Verschiebung der Bruchenden zu bekommen, ist die seitliche Röntgen-Aufnahme unentbehrlich. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 82, H. 1.)

6. Ruth behauptet, mit seiner Methode knöcherne Konsolidation der Schenkelfraktur so gut wie immer erhalten zu können.

Er legt bei seiner „anatomischen Behandlung" größten Wert auf exakte Reposition und Beseitigung von Kapselinterposition. Er bringt das Femur zunächst in rechtwinkelige Beugung, dann folgt Streckung und Extension nach zwei Richtungen derart, daß die Diagonale beider Fraktionen mit der Richtung des Schenkelhalses zusammenfällt. Eine Serie von Knochenpräparaten demonstriert die guten anatomischen Resultate.

Die Statistik umfaßt über 100 Fälle. Guter Erfolg, d. h. solide Vereinigung bei Patienten unter 80 Jahren in 100%, über 80 Jahren in $66^2/_3$%. — (The Therapeutic Gazette, March 15, 1907.)

Tumoren.

1. **Statistisches über das Lippenkarzinom.** Von Baiardi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Die Wirkung von Trypsin auf die lebenden Zellen von Jensens Mäusetumor.** Von J. Beard. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Herstellung des Trypsins zur Behandlung des Krebses mit „alkoholischer Tyndalisation".** Von G. Zanoni. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Das Trypsin in der Behandlung des Krebses.** Von G. Zanoni. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Beitrag zur Behandlung maligner Tumoren mittels Trypsininjektionen.** Von M. Donati. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Ueber Trypsinbehandlung des Karzinoms.** Von W. P. Graves. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Papain in bösartigen Geschwülsten.** Von Branch. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
8. **Methylenblau in der Behandlung inoperabler Karzinome.** Von A. Jacobi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.



1. In einem Zeitraum von 13 Jahren (1891—1903) standen auf der chirurgischen Klinik zu Turin 213 Kranke mit Lippenkarzinom in Behandlung; eine Sammelforschung über die späteren Schicksale dieser Kranken ergab ein statistisch verwertbares Material von 100 Fällen. Dieselben lassen folgendes erkennen: Die Operation des Lippenkarzinoms ist leicht und meist erfolgt Heilung innerhalb 9—15 Tagen. Die submaxillaren und submentalen Drüsen müssen sorgfältig abgesucht und im Zweifelfalle entfernt werden; allerdings beweist das Nichtvorhandensein von Drüsenschwellung nicht, daß der Krebs noch auf seinen Herd beschränkt ist. Zur radikalen Operation wird gelegentlich Resektion des Unterkiefers nötig sein. Eine endgiltige Heilung erfolgte in 73% der Fälle. Rezidive traten meist innerhalb der ersten sechs Monate auf; in einem Falle erfolgte ein solches nach acht Jahren; doch ist es fraglich, ob es sich hier nicht um ein ganz neues Neoplasma gehandelt hat. Von den Rezidiven betrafen 24 die Lippen selbst, 17 die Submaxillargegend. Hohes Alter kontraindiziert die Operation nicht; auch bei mehreren Rezidiven ist noch ein gutes Endresultat möglich. Karzinom der Oberlippe ist ziemlich selten (3% der Fälle) und kommt mehr bei Frauen vor. Am häufigsten erkranken Patienten an Lippenkarzinom zwischen 60 und 70 Jahren. — (Gazz. degli osped., 6. Mai 1906.)

2. Seit 1902 werden von Beard und anderen englischen Aerzten Versuche gemacht mit der Verwendung des Trypsins zur Behandlung des Karzinoms. Hier berichtet Vf. über Versuche an Mäusen. Dieselben wurden am 10. Oktober mit der Geschwulst infiziert, und am 15. November wurde bei zwei Tieren mit der Trypsininjektion begonnen. Injiziert wurden in die Geschwulst 0·1 cm³ einer $1^1/_2$%igen Trypsinlösung, nachdem etwas größere Dosen Vergiftungssymptome ausgelöst hatten. Nach zehn Tagen wurde eine der Mäuse, die vier Injektionen erhalten hatte, tot aufgefunden; die Autopsie ließ keine Todesursache erkennen und zeigte eine weitgehende Degeneration der Geschwulstzellen. Die andere Trypsinmaus erhielt in 22 Tagen neun Injektionen; sie wurde jezt getötet, da eines der Kontrolltiere gerade seinem Tumor erlegen war. Bei letzterem war der Tumor so groß, wie die Endphalange eines Männerdaumens, bei dem Trypsintier nur linsengroß und zeigte mikroskopisch eine so weitgehende Zelldegeneration, daß die „Heilung“ des Krebses sehr nahe war. Vf. glaubt, daß eine derartige Zerstörung auch mit kleineren Dosen stets gelingen müsse. — (The Brith. Med. Journ., 20. Jänner 1906.)

3. Zanonis Bestreben ging zunächst dahin, ein Trypsin zu erhalten, das aseptisch sei, ohne ein Antiseptikum zu enthalten, und das dabei seine volle Verdauungskraft bewahrt habe. Nach vielen vergeblichen Bemühungen gelang ihm dies zu erreichen durch Tyndalisation bei niederer Temperatur, einem Prozesse, bei dem Alkohol die Rolle des keimtötenden Mittels spielen mußte: Man fügt zu der exakt filtrierten Trypsinlösung unter Umrühren schwachen Alkohol, bis sich die Flüssigkeit trübt, bringt dann den Kolben für zwei durch eine Pause getrennte Halbtage in den Thermostaten, entfernt den Alkohol völlig bei einem Drucke von 0, ohne die Temperatur von 37—38° zu überschreiten, bringt danach die Flüssigkeit wieder auf ihr altes Volumen, rührt um, um ausgefallenes Trypsin in Lösung zu bringen, filtriert, und hat nun eine klare, allen Anforderungen voll entsprechende Trypsinlösung. — (Gazz. degli osped., 11. März 1906.)

4. Das Trypsin befindet sich in alkalischer Lösung; 2—3 cm³ davon verdauen in kürzester Frist bei 37° 0·5—1 g frisch bereitetes Fibrin. Wollte man dem Menschen entsprechend dieselbe Einzeldosis verabreichen, wie sie Beard seinen kleinen Mäusen injizierte, so müßte man beim Erwachsenen von 70 kg jedesmal 177 cm³ injizieren. Zanoni selbst gab Meerschweinchen intraperitoneal Trypsinlösung, um die Toxizität des Mittels zu erproben; gab er ihnen von einer 2%igen Lösung soviel als 0·5—1% ihres Körpergewichtes entsprach, so zeigten sie lediglich 2—3 Tage Unwohlsein; beim gesunden Menschen ergab die subkutane Injektion von 2—4 cm³ gar keine Störung. Vf.



brachte von der Lösung etwas auf die ulzerierte Oberfläche eines Mamakarzinoms und sah eine konkave Zerstörung des Gewebes, beschränkt auf die bestrichene Stelle, ohne Schmerz und Schorfbildung. Gewebestücke wurden in vitro glatt verdaut. Vf. ist der Ansicht, daß, bevor therapeutische Versuche am Menschen angestellt werden, zuerst solche an großen Tieren ausprobiert werden sollen. Sollte jedoch jemand den Versuch am Menschen wagen, so würde es zweckmäßig mit 2 cm^3 beginnen und langsam unter allen Kautelen steigen. — (Gazz. degli osped., 18. März 1906.)

5. Donati berichtet über einen günstigen Erfolg der von Beard in England vorgeschlagenen Trypsininjektionen bei einem inoperablen Sarkom. Es handelte sich um ein Hodensarkom bei einem 52jährigen Mann, das exstirpiert worden war, dessen Drüsenmetastasen jedoch nicht hatten entfernt werden können und trotz Radiumbehandlung weiter gewuchert waren. Donati begann nun mit Trypsininjektionen, zunächst mit 2 cm^3, die wegen der Härte des Tumors nicht in denselben, sondern nur in seine Umgebung gegeben werden konnten, nachdem vorher eine Injektion der gleichen Dosis unter die Haut der Hinterbacken keine Reaktion erzeugt hatte. Die Injektionen wurden nun ein über den anderen Tag wiederholt, die Dosis auf 4—6 cm^3 gesteigert; bisweilen mußten die Injektionen wegen lokaler und allgemeiner Reaktion unterbrochen werden. Nach anfänglichem Wachstum des Tumors entwickelte sich allmählich von der Operationswunde aus immer mehr Granulationsgewebe; nach zwei Monaten war der Tumor so weich, daß man in ihn selbst injizieren konnte. Die Injektionen wurden jetzt noch alle 4—6 Tage gegeben; der Kranke konnte seine Beschäftigung wieder aufnehmen. Nach sechs Monaten Behandlung — 113 cm^3 Trypsin — war von dem Tumor nichts mehr zu fühlen. Ob die Heilung eine dauernde sein wird, muß sich allerdings erst zeigen. — (R. Acc. med. di Torino, Juni 1906; Morgagni Riv., 9. März 1907.)

6. Graves hat in einer größeren Anzahl inoperabler Karzinome die von Beard inaugurierte Behandlung mit Trypsininjektionen versucht; zu seiner Mitteilung verwendet er jedoch nur vier lange behandelte Fälle, alles inoperable Rezidive von Mammakarzinomen. Er begann mit 10 Minims einer fertig sterilisiert im Handel befindlichen Trypsinlösung (Injectio trypsini of Fairchild) und stieg auf 40, ja 60 Minims (also von 0·6 bis 3·5 cm^3). Eine schwere Allgemeinreaktion, die von anderen Autoren beschrieben wird, sah Graves trotz der hohen Dosen nur einmal in Gestalt eines schweren Kollapses bei Injektion der ersten Dosis. Dagegen ist eine gewisse lokale Reaktion, eine derbe Infiltration ohne Eiterung, besonders bei hohen Dosen fast konstant. Ueber die Wirkung der Injektionen äußert sich Graves wie folgt: Ein kleiner Krebsknoten, der systematisch durch Trypsininjektionen in Angriff genommen wird, schrumpft und wird derbfibrös oder verschwindet; in der Nähe sich befindliche Knoten werden, wenn überhaupt, nur wenig beeinflußt, eigentlich nur dann, wenn Trypsin in Kontakt mit den wuchernden Zellen kommt. Die Behandlung eines Knotens gibt durchaus keine Gewähr dafür, daß sich nicht in nächster Nähe ein anderer bildet. Irgend ein Anzeichen dafür, daß das Trypsin auch in anderer Weise als bei direkter Berührung, etwa durch Uebertritt in den Kreislauf, wirkt, ist nicht vorhanden. Gibt man die verschiedenen Pankreasfermente innerlich, so sieht man bei kachektischen Patienten Vorteile; es handelt sich dabei aber lediglich um eine Unterstützung der Verdauung. Immerhin sollte man bei der zweifellosen Wirkung des Trypsins auf die wachsende Krebszelle die Versuche fortsetzen, zumal sie in den inoperablen Fällen keinen Schaden bringen. — (Boston Med. and Surg. Journ. Nr. 5, 1007.)

Aehnlich äußert sich in einem Aufsatz in den Med. Record, 8. Dez. 1906 (ref. Brith. Med. Journ., 19. Jänner 1907), W. J. Morton. Er hat 30, nur verzweifelte Fälle behandelt, Dosis 5—20 Minims. Er hat den Eindruck, daß in hoffnungsvolleren Fällen die Aussichten auf Besserung noch größer gewesen wären.



7. Diese Behandlung bösartiger Geschwülste wurde bisher beschränkt auf inoperable Fälle. Branch bezieht sich auf eine Veröffentlichung im gleichen Blatte vom 16. Juni.

Die Einzelheiten der Behandlung und des Erfolges sind dort niedergelegt. Es wird kurz wiederholt:

Die Stelle der Punktion wurde mit 2-prozentiger Lysollösung gereinigt; hierauf folgte lokale Anästhesie entweder durch teilweises Gefrierenlassen mittels Aethylchlorids oder durch Injektion von $^1/_2$ g (1 grain = 0·0648 g) Kokain hydrochloric. in destilliertem Wasser, 20 Minuten vor der kleinen Operation. Die Papainemulsion wurde gemacht wie es damals üblich war und enthielt 1 grain in jedesmal 5 Minims (1 Minim = 0·059 cm³) kalten destillierten Wassers. Von dieser Emulsion wurden gleichzeitig 5—20 Minims eingeführt, entsprechend der Größe des Knotens oder der Geschwulst; $^1/_2$ g war die geringste gegebene Dosis. Diese letztere zerstörte einen harten Knoten von ungefähr der Gestalt eines Mandelkernes. Als Instrument wurde Gees hypodermatische Spritze angewendet, die mit der größten Nadel bewaffnet war. Dieselbe wurde sterilisiert, vor der Einspritzung ließ man einen Tropfen der Emulsion an der Spitze erscheinen. Wenn der Tumor groß war, wurde zwei- bis dreimal während der Einspritzung ausgesetzt, um so verschiedene Herde für die Tätigkeit des Mittels anzulegen. Die Eingriffe wurden in Intervallen von 2—4 Wochen wiederholt.

Wenn die Methode sich mehr einlebt, werden sicher verschiedene Modifikationen platzgreifen. Da Papain einfaches Papayotin — der ganze Saft der Melonenbaumfrucht ohne Kolloidsubstanzen — ist, enthält es alles, was absolut notwendig für eine wirksame Zersetzung des Fleisches ist. Man billigt dem Papain auch antiseptische Eigenschaften zu. Es ist merkwürdig, daß Fleisch, welches in ein Blatt des Melonenbaumes eingewickelt wurde, bald zersetzt wird, ohne faul zu werden. Analog anderen, besonders insektenfressenden Pflanzen, wird das wirksame Prinzip erst später gebildet. Fast alle folgenden Phänomene wurden nach jeder Einspritzung beobachtet. Es tritt sehr bald ein brennendes Gefühl auf, das ungefähr eine halbe Stunde andauert. Seltsame oder kaum schmerzhafte Gefühle, als ob ein kleines Tier an dem Fleische nage, sollen einige Stunden nachher beginnen und in 1—2 Tagen verschwinden. Gleichzeitig mit diesen Sensationen tritt manchmal Uebelkeit auf. Rund um die Punktionsstelle erweicht der Tumor in zwei oder drei Tagen unter gleichzeitigem leichten Temperaturanstieg. Durchschnittlich in zehn Tagen fängt der Tumor an, durch ein kleines Loch einen dicken graulichen oder grünlichen Stoff, der der Emulsion selbst sehr ähnlich erscheint, zu entleeren. Dieses Vorkommnis trat in jedem Falle ein, jedoch nicht immer gleich nach der ersten oder zweiten Einspritzung. Die Entleerung sistiert nach einer oder mehreren Wochen. Die Temperatur sinkt bei dem Erscheinen der Entleerung und bleibt normal oder subfebril, während ihrer Dauer. Wenn dieselbe aufhört, findet man den Tumor entweder ganz verschwunden oder merklich kleiner geworden. Findet nach ein oder zwei Einspritzungen keine Entleerung statt, so ist der Tumor doch mehr oder weniger durch die ersteren verkleinert. Die Krebsschmerzen hören nach der ersten Einspritzung auf.

Bei einer Hysterischen kam es zu stürmischen Reaktionen, obwohl die Dosis um die Hälfte kleiner als in anderen mit kürzeren Intervallen behandelten Fällen war. Erbrechen, Temperatursteigerung bis 102° F. nach jeder Einspritzung, nach der vierten Einspritzung Oppressionsgefühl und Zyanose. Es mag bei der Kranken eine Intoleranz gegen Papain bestanden haben, zumal toxische Dosen das Herz lähmen sollen und die Kranke an vorgeschrittenem Stadium eines Herzklappenfehlers litt. Außerdem war die Betreffende schon einmal an Brustkrebs operiert und somit rückfällig geworden.

Die Papainbehandlung wurde nicht mehr fortgesetzt, die Kranke starb nach zwei Monaten in einem Herzparoxysmus. Die lanzinierenden Schmerzen waren aber nicht mehr gekommen, selbst nicht als sich ein neuer Scirrhus am Rücken bildete.

In einem anderen Falle wurde eine

Frau wegen Brustkrebs (Scirrhus mamae) operiert. Die Haut von der Brust bis zum Schlüsselbein war verdickt und gefühllos, die Pektoralfalte verhärtet und die Drüsen der Achselhöhle in eine steinharte Masse verwandelt. Der Tumor war primär; die Operationswunde wurde nicht geschlossen, mit einer Papainsalbe (1 Drachme Papain zu einer Unze Lanolin = 10%ig) bedeckt und zweimal täglich mit 2%iger Lysollösung gewaschen. Das Drüsenpaket in der Achsel wurde nach 18 Tagen mit 2 g Papain in der gebräuchlichen Emulsion injiziert. Nach 10 Tagen begann ein reichlicher, mehrtägiger Ausfluß; nach dessen Aufhören waren die Achselmassen ganz verschwunden. Gleichen Erfolg brachte, während die Operationswunde rasch heilte, eine Injektion in die Pektoralfalte bezüglich des Rückganges der Infiltration.

Nach längerer Zeit stellte sich die Frau wieder mit einem Wall von Knoten rings um die Narbe vor.

Es scheint möglich, daß die Papaininjektionen bei primärem Krebs und anderen Tumoren zulässig sind. Branch rieb den frischen Wurzelsaft des Melonenbaumes an zwei kleinen gutartigen Geschwülsten. Durch mehrfache derartige Behandlung wurden dieselben total ausgerottet.

Branch will nicht dargetan haben, daß wirkliche Heilungen durch die Papaininjektionen erwiesen sind, denn die angezogenen Fälle waren inoperable Fälle gewesen, immerhin erscheint aber das Papain Rezidive des Scirrhus zu entfernen imstande sein. — (Brit. med. journ., 19. Jänner 1907.)

8. Jacobi berichtet über günstige, palliative Resultate, die er mit innerlicher Darreichung von Methylenblau bei inoperablen Karzinomen erzielt hat. Er gibt das Methylenblau in Pillenform, beginnend mit viermal täglich 0·03, steigend bis auf 0·36 g und mehr pro die. Um die Entstehung von Dysurie zu verhüten, gibt man gleich von Anfang an täglich 0·045 g Extr. Belladonnae, in drei oder vier Einzeldosen dazu. Besonders gute Resultate erzielt man damit bei Unterleibskrebsen. Vf. hat Leberkrebse gesehen, wo die Patienten noch jahrelang lebten und bei der Autopsie eine wesentliche Verkleinerung des Tumors aufwiesen. Ein Fall steht jetzt seit acht Jahren in Behandlung und geht seinem Berufe nach. Man kann das Methylenblau mit Arsenik, Strychnin und anderen Mitteln kombinieren. — (New-York State Journ. of Med., Sept. 1906.)

Ueber die prophylaktische Ernährung Laparotomierter mit Bemerkungen über die Punktionsdrainage des Darmes. Von Prof. v. Stubenrauch. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Stubenrauch empfiehlt für solche Kranke, die wegen Ulzerationen, Tumoren, Stenosen des Magens, Tumoren oder Stenosen des obersten Darmabschnitts in operative Behandlung kommen und bei denen wegen Erbrechen eine Ernährung per os nicht am Platze ist, für einen resp. mehrere Tage nach der Operation flüssige Nahrung direkt in den Darm zu injizieren. Die Ernährung per rectum ist nur sehr unvollständig, da nur ein kleiner Teil der Nahrung resorbiert wird; der subkutanen Ernährung stehen noch viel Schwierigkeiten gegenüber. Die Injektionsmasse soll etwa eine halbe Stunde vor der Injektion zubereitet werden. Dies geschieht folgendermaßen: 4 Kaffeelöffel Hygiama werden in einer Reibschale mit etwa 4 Eßlöffel Milch fein verrieben, so daß die Masse ganz gleichmäßig ist. Inzwischen läßt man ein Quart Milch mit einer Messerspitze Kochsalz und einem Kaffeelöffel gepulverten Zuckers aufkochen, fügt der kochenden Milch rasch das Hygiamagemisch bei und läßt das ganze unter beständigem Umrühren $^1/_2$—1 Minute leicht kochen. Das Gemisch wird hierauf in einen Topf mit heißem Wasser gestellt und soll gerührt werden. Dann kommen fünf sorgfältig vom Eiweiß befreite Eidotter in die Reibschale, werden hier einige Minuten verrieben und langsam 1 Messerspitze Dermatol zugesetzt. Dann wird alles zusammengemischt und verrührt. Die Injektion geschieht direkt im Anschluß an die Laparotomie durch Vorziehen einer Darmschlinge, die eventuell an die Laparotomiewunde herangenäht wird. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35, 1905.)

Ueber den Wert der diätetischen Vor- und Nachbehandlung bei Magenoperationen. Von C. Wegele. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die Prognose der Magenoperationen, führt Wegele aus, kann durch eine geeignete diätetische Vor- und Nachbehandlung nicht unwesentlich gebessert werden. Was die Vorbehandlung anlangt, so ist zunächst selbstverständlich, daß in Fällen von schwerer motorischer Insuffizienz der Magen durch systematische Spülungen von gärenden und faulenden Resten gesäubert wird. Wichtig ist in derartigen Fällen weiter die Ernährung, die in der letzten Zeit vor der Operation nur in flüssiger und dünnbreiiger Form erfolgen darf (Milch mit Kakao, Mondamin oder Kalkwasser, ferner Fleischsäfte und Bouillon mit Eigelb, Milchbreie, geschabtes Fleisch, puriertes Kompott, alles in kleinen Einzelquanten). Besonderes Gewicht legt Wegele auf methodische Wasserzufuhr durch den Darm; man gibt dreimal täglich 1/2 Liter körperwarmer physiologischer Kochsalzlösung mit etwas Kognak und Fleischpepton durch ein langes, weiches Darmrohr, womöglich 2—3 Wochen lang vor der Operation. Dann sollte man auch direkt vor der Operation das starke, wasserentziehende Purgieren mit Rizinusöl unterlassen. Das heftige Erbrechen nach der Operation vermeidet man am besten, wenn man mittels des Roth-Drägerschen Apparats narkotisiert. — Was das diätetische Regime nach der Operation anlangt, so wird häufig dadurch gefehlt, daß den Kranken bei der Entlassung freie Hand für die Nahrungszufuhr gegeben wird. Am wenigsten Schaden wird dadurch noch gebracht in den Fällen, wo wegen narbiger Pylorusstenose gastroenterostomiert wurde; wo aber ein Ulkus vorlag oder eine atonische Dilatation, werden die Chancen einer völligen Heilung dadurch wesentlich verschlechtert. Man muß in derartigen Fällen langsam und tastend von leichter Diät zu schwererer aufsteigen, gleichzeitig den Allgemeinzustand durch Nährpräparate, Eisen, Atoxyl, Hydrotherapie etc. bessern. Bei weiterbestehender Hyperazidität und Hypersekretion sind strenge Diät (Milch, Fett, weißes Fleisch, Pürees, unter Vermeidung von Kaffee, Bouillon, Gewürzen, Alkohol, Kohl und Hülsenfrüchten) sowie säuretilgende Medikamente am Platze; letztere dienen auch zur Prophylaxe eines Ulcus jejuni. Bei stärkerem Gallenrückfluß nach Gastroenterostomie führen methodische Spülungen oft ohne neuen chirurgischen Eingriff zum Ziel. — Hie und da treten nach Gastroenterostomie heftige Durchfälle, wahrscheinlich durch Uebertritt zersetzten Mageninhalts in den Darm, auf; hier greift man zu desinfizierenden Magen- und Darmspülungen, subkutanen Kochsalzinfusionen, innerlicher Darreichung von Arg. coll. Crédé, Bism. salicyl., Salol, Tannin. Bei später einsetzenden Durchfällen, die durch Verlust des HCl oder zu geringe Pankreassekretion bedingt sind, gibt man Salzsäure vor dem Essen, Pankreon nach dem Essen, als Diät Schleimsuppe, geschabtes Fleisch, leichte Mehlspeisen, Eichelkakao, Heidelbeeren, Opium per anum nur im Notfall. Obstipation ist viel seltener; man bekämpft sie durch Diät (Pflaumenmus, Schrotbrot, Buttermilch, Sahne, Milchzucker), eventuell leichte Abführmittel (Cascara, Rheum, Regulin) und Oeleinläufe; Wasserklysmen meide man tunlichst. — (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther., Bd. 11, H. 1, 1907.)

Gynäkologie.

Zur Verhütung des Zurücklassens von Kompressen in der Bauchhöhle. Von Dr. Wechsberg, Wien. Ref. G. Wiener, München.

Seit 5 Jahren werden in der gynäkologischen Abteilung der Rothschildstiftung in Wien die besten Erfolge mit dem Anseilen der Kompressen erzielt. Es werden bei abdominellen Operationen nur große Kompressen (zirka 25×25 cm) aus mehrfach gelegter Gaze verwendet; keine kleinen Tupfer, keine Bäusche. Die Größe der Kompressen wurde nie störend empfunden. An sämtliche derselben wird ein zirka 2 m langes, 1/2 cm breites gewebtes Leinenband angenäht, alle Bänder durch den perforierten Boden der Schimmelbuschschen Büchse geleitet und miteinander verknotet. Die Bänder stören wohl manchmal etwas durch das Verhän-

gen an die Klemmer, doch ist die Störung keine wesentliche und steht jedenfalls in keinem Verhältnisse durch die damit erzielten Vorteile. Ein Reißen der Bänder wurde trotz wiederholter Sterilisation nie bemerkt. — (Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12, 1907.)

Die operative Behandlung des Uterusprolapses mit spezieller Berücksichtigung der Kürzung der Lig. utero-sacralia. Von Dr. Rothrock, St. Paul. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Nicht nur eine Operation genügt zur Heilung eines Uterusprolapses, sondern gewöhnlich ist eine Serie von Operationen notwendig.

Die ideale Methode der Wiederherstellung des prolabierten Uterus muß aus möglichst gefahrlosen Operationen bestehen, darf mit der Zeugungsfähigkeit nicht kollidieren und kein Hindernis für eine Geburt werden; muß ferner den möglichst größten Prozentsatz permanenter Heilungen in sich schließen.

Da die utero-sakralen Bänder in ausgestrecktem Zustande wie obliteriert erscheinen, hat dies den Eindruck hervorgerufen, als ob sie nur aus Peritonealfalten bestehen würden, so wurden die falschen rekto-uterinen Ligamente scheinbar verwechselt mit diesen tieferen muskulären Struturen, die sie in ihren Falten bergen.

Vf. beschreibt nun seine Methode der Behandlung des Uterusprolapses, die namentlich in einer Verkürzung dieser utero-sakralen Ligamente durch Nähte und in einer Anreihung der durch diese Nähte entstandenen Falten besteht. Auf diese Weise wird der Douglassche Raum wieder hergestellt. Nach Vereinigung des Peritoneums und Vernähen der runden Ligamente in die Enden der Querinzision wird noch die Alexandersche Operation angeschlossen. Die einzige notwendige Vorsicht bei dieser Vernähung der utero-sakralen Bänder ist die Vermeidung des Ureters. Vf. vollendet die ganze Methode in $1^1/_2$—2 Stunden und hat in seinen 15 Fällen sehr gute Erfolge gehabt, selbst bei komplettem Prolaps.

Entsprechend geschulte Assistenz, entsprechendes Operationszimmer sind unerläßliche Bedingungen. In Fällen, in denen der Uterus samt Blase und Rektum ganz aus der Vagina heraustritt, mag es notwendig sein, den Uterus zu entfernen, doch ist nach Vfs. Ansicht diese Maßnahme nur selten notwendig; die Exstirpation der Vagina und Vernähung des Kanals gibt ausgezeichnete Resultate, ist aber nur anwendbar nach der Menopause, außer es wird der Uterus mit entfernt.

Da die Kastration dieser Patienten aus verschiedenen Gründen, namentlich wegen der destruktiven Folgen einer Geburt für das frühere Operationsgebiet wünschenswert erscheint, wird es genügen, einen Teil der Tuba Fallop. oder dieselbe ganz zu resezieren ohne Opferung der Funktion des Ovariums. — (The St. Paul Medical Journ., Jänner 1907.)

Der Einfluß exzessiver Fleischkost auf Fruchtbarkeit und Laktation. Von Dr. Watson, Edinburgh. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Vf. kommt auf Grund seiner Versuche mit Ratten zu folgenden Schlußfolgerungen:

Es unterliegt keinem Zweifel, daß Fleischnahrung bei Ratten deren Fortpflanzung- und Laktionskraft schädlich beeinflußt und diese Resultate führen ihn zu dem Gedanken, daß der zunehmende Genuß von Fleischnahrung in England ein gewichtiger Faktor für die Abnahme der Geburtenzahl und die verminderte Laktationskraft ist. Auf jeden Fall geben seine Resultate zu denken und machen auf die Anstellung größerer derartiger Beobachtungsreihen Anspruch. — (The British Medical Journ., 26. Jänner 1907.)

Ueber Operationen von Uteruskarzinomrezidiven Von K. Franz. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Franz hat an 12 Frauen 16 Rizidivoperationen vorgenommen, und zwar an neun je eine, an zwei je zwei und an einer drei. Bei sechs Frauen konnte die Operation ohne besondere Komplikationen durchgeführt werden; einmal mußte ein Teil der Blase und ein Stück eines Ureters reseziert werden, einmal mußte der Blasenboden mit einem Teil beider Ureteren entfernt werden, einmal war bei der zweiten Rezidivoperation die Einnähung

eines Ureters in die Blase wegen Ureterfistel nötig, die bei der vorhergehenden Rezidivoperation entstanden war, einmal mußte ein Stück Dünndarm und einmal das Rektum reseziert werden, zweimal war die Entfernung einer Niere notwendig. Eine Patientin ist gestorben; von den übrigen sind sieben beschwerdefrei entlassen worden, drei mit Blasenscheidenfisteln, eine mit einer Blasenscheiden- und einer Rektumfistel. Eine Patientin starb $6^1/_2$ Monate nach der Operation. Auf Grund dieser Resultate glaubt Franz zu Rezidivoperationen raten zu dürfen, vorausgesetzt, daß die Rezidive auch angreifbar sind. — (Arch. f. Gyn., Bd. 80, H. 2.)

Einige neue Mitteilungen über den Gebrauch von Styptizin in der Gynäkologie. Von Dr. M. Nigerd. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Nigerd hat das Styptizin in jenen Fällen von Dysmenorrhöe, bei denen jede anatomische Grundlage fehlt, und die sich vornehmlich in Schmerzen und starken Blutungen äußern, mit gutem Erfolge angewandt. Er rühmt die sedative wie hämostyptische Wirkung des Mittels. Die Behandlung beginnt schon eine Woche vor Eintritt der Menses mit Gaben von 4—5 Tabletten pro die, nach dem Erscheinen derselben wird die tägliche Dosis gesteigert. Das Mittel kommt besonders bei der Dysmenorrhöe von virgines intactae in Betracht. — (Gazette des hôpitanx Nr. 139, 1906.)

Was kann die Laparotomie bei irreponibler Retroversio und Retroflexio uteri gravidi leisten? Von Otto Küstner. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Küstner veröffentlicht einen Fall von Retroflexio uteri gravidi mit Ischuria paradoxa, bei dem die bimanuelle Aufrichtung nicht gelang und er sich infolgedessen genötigt sah, zu laparotomieren. Lösung der zahlreichen Adhäsionen, worauf die Aufrichtung des Uterus leicht gelingt. Einlegen eines Smith-Pessar und auf acht Tage ein Dauerkatheter. Küstner empfiehlt dies Verfahren für alle Fälle, wo Adhäsionen festgestellt sind und eine Repositionsunmöglichkeit vorhanden ist. Auch für die Ausheilung der schwer geschädigten Blase ist nichts vorteilhafter als die Rechtlagerung des Uterus. — (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 25, H. 2.)

Das Lebensalter der Myomkranken in seiner Bedeutung für die Indikationsstellung zum operativen Eingriff. Von Arthur Arndt. Ref. Fritz Loeb, München.

Die interessante Arbeit von Arndt ist auf eine Anregung Krönigs entstanden und verwertet das Material der Freiburger Klinik. Wie Arndt in seinen Schlußfolgerungen hervorhebt, befolgt heute die Mehrzahl der Operateure die radikale Behandlung der Uterusmyome. Die konservative Methode als Methode der Wahl wenden sie wohl alle bei Frauen unter 40 Jahren an, welche das Verlangen nach Nachkommenschaft haben. Wie oft dieses Verlangen geäußert wird, läßt sich natürlich zahlenmäßig nicht festlegen; hier spielen die persönlichen und sozialen Verhältnisse der Patientinnen eine große Rolle. In wie viel Prozent der Fälle diese Frage an die einzelnen Operateure herantreten und dadurch die öftere Ausführung der konservativen Operationsmethode erforderlich machen wird, läßt sich auch nach den durch die vorliegenden Statistiken gewonnenen Resultaten nicht einheitlich und für alle Kliniken maßgebend sagen. Hier wird jeder Kliniker entsprechend seiner Klientel mehr oder weniger oft in die Lage kommen, die konservativen Verfahren einzuschlagen. Aus den Zusammenstellungen ergibt sich, daß in den einzelnen Gegenden die Häufigkeit der Myome im Alter unter 40 Jahren wechselt. Für die Freiburger Klinik ist der Prozentsatz von 34 ein so großer, daß die konservativen Methoden in Zukunft vielleicht öfter als bisher zur Anwendung gelangen und hiedurch wiederum Gelegenheit gegeben wird, die konservativen Verfahren weiterhin in Bezug auf ihren Wert zu prüfen. Es wäre ratsam, daß auch in anderen Kliniken das Myommaterial bezüglich des Alters untersucht wird, damit man an großen Zahlen sehen kann, wie oft das Myom im Alter unter 40 Jahren vorkommt. Auf diese Weise wird man vielleicht zu einem mehr einheitlichen Stand-

punkt in der Wahl der Myomoperation kommen. — (Diss. Freiburg i. Br., 1906.)

Dermatologie.

Einige Statistiken von Verdauungsstörungen bei Hautkranken. Von White, Harvard-University. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

1. 59% der das Hospital aufsuchenden Hautkranken haben ein oder mehr Zeichen von Magenstörungen.

2. 52% der Männer sind in dieser Weise betroffen gegenüber 65% Frauen.

3. An der Spitze seiner Dyspeptiker stehen die Amerikaner mit 62%, dann folgen die Iren mit 57%, russische oder polnische Juden repräsentieren 55%.

4. Aufstoßen ist das vorwiegende Symptom der Dyspepsie und kommt vor in + 39%, Regurgitieren in + 36%, epigastrischer Druck in + 31%, Schmerz in + 19%.

5. Unsere Ideen von der Verdaulichkeit verschiedener Nahrungssorten und der Unverdaulichkeit anderer sind richtig.

6. Die früheren schon gedachten Zusammenhänge der Dermatosen mit Dyspepsien ist begründet. Man fand in dieser Beziehung folgende Verhältniszahlen: Hinsichtlich Acne rosacea + 71%, Acne vulgaris + 55%, Ekzema + 64%, Ekzema seborrhoicum + 85%, Pruritus + 85%, Seborrhoe + 83%, Urtikaria + 85%. — (Boston Medical and Surgical Journ., 14. Febr. 1907.)

Behandlung des Hautepithelioms. Von Bizart, Paris. Ref. Einstein, Stuttgart.

Die sicherste Behandlung der Hautepitheliome (Kankroide) ist die Exzision, freilich ist sie zugleich die am meisten eingreifende und öfters verbietet sie sich von selbst durch Ausdehnung und Sitz der Geschwulst. Alle anderen Methoden sind nur Hilfsverfahren, die nur bei leichteren Fällen anzuwenden sind. Die innerliche Medikation von Arsen, Chinin, Jod, Kalomel etc. ist ganz verlassen. Die Aetzbehandlung führt manchmal zum Ziel. Von den vielen früher angewandten Aetzmitteln ist allein die arsenige Säure übrig geblieben, die man am besten in Form der Czerny-Trunecekschen Lösung (Acid. arsen. 1·0, Aq., Alcoh. āā 50·0) anwendet. Nach oberflächlicher Abschabung der Geschwulst wird diese Lösung aufgepinselt, dann läßt man sie ohne Verband eintrocknen und wiederholt dies alle 1—2 Tage. Auch die Kauterisation bringt häufig Erfolg, und zwar eignet sich der Thermokanter auch für die tiefergreifenden, der Galvanokanter nur für die oberflächlichen Geschwülste. Zweckmäßig schließt man der Kauterisation eine Aetzung mit der Czerny-Trunecekschen Lösung an. Die eleganteste Methode, welche zugleich am wenigsten Schmerzen macht und die schönsten kosmetischen Resultate gibt, ist die Röntgen-Bestrahlung. Es werden auch gute Erfolge von ihr berichtet. Von anderer Seite aber werden ihr üble Folgen nachgesagt. Manchmal gibt sie zu einem rapiden Wachstum und zu einer Verallgemeinerung der Kankroide Anlaß, und dies besonders bei rasch fortschreitenden Geschwülsten, aber auch im Gegenteil bei solchen, die seit Jahren in torpider Weise bestehen, und bei tiefgreifenden Geschwülsten, wo oft nur die oberflächlichen Zellen zerstört, die tieferen aber zum Wachstum angeregt werden. Auch bei Epitheliomen der Schleimhaut (Lippen!) wirken die Röntgen-Strahlen ungünstig. Die Radiotherapie ist also nur mit Vorsicht anzuwenden. Das Urteil über die Behandlung mit Radium und mit Strömen hoher Frequenz ist noch nicht spruchreif. — (Le Progr. méd., Nr. 6, 1907.)

Heilung der Onychomykosis durch Röntgen-Therapie. Von C. Pellizzari. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Unter vielen Patienten, bei denen eine Behandlung der Onychomykosis, sei sie Favus oder Trichophytie, mit Röntgen-Strahlen begonnen worden war, sind nur drei, bei denen die Behandlung monatelang durchgeführt werden konnte. Es handelte sich um Fälle, bei denen neben einer Haarerkrankung noch an einem oder anderen Nagel eine Onychomykose bestand. Die Patienten erhielten im Laufe von 4, 6 bezw. 6 Monaten 7, 6 bezw. 9 Bestrahlungen. Die Entfernung von

der Antikathode betrug 15—18 cm, die Dauer der Sitzungen 18—45 Minuten. In allen drei Fällen wurde Heilung erzielt, ohne daß die Nägel wegfielen; es wuchsen gesunde Nägel aus dem Bett hervor. Da sich keine parasitentötende Wirkung der Röntgen-Strahlen nachweisen läßt, muß man eine spezifische Wirkung derselben auf die Gewebe annehmen. — (Lo Sperimentale, H. 6, S. 817, 1906.)

Die Behandlung des Pruritus. Von Adamson. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vorbedingung einer Behandlung des Pruritus ist die Erkennung der Ursache. In allen Fällen, wo eine Hauterkrankung vorliegt, ist Sorge zu tragen, daß nicht gekratzt werden kann; daher der große Wert von Schutzverbänden bei Ekzem und jucklindernder Applikationen bei Urtikaria, Lichen planus und Prurigo. Wenn manche Autoren zu Narkoticis raten, so ist auch Adamson damit einverstanden: in Fällen von Ekzem bei Kindern gibt man abends kleine Chloraldosen, bei älteren Personen besser Brom; Opium vermeide man. Ist Skabies die Ursache des Pruritus, so wird die Behandlung der Skabies, eventuell nachher noch eine milde Lotion ihn wegnehmen. Seniler Pruritus weicht oft schon der Alkoholabstinenz oder der Entfernung von Pediculi; eine sehr reinliche und wirksame Methode der Pedikulosebehandlung ist, den Patienten ein Stück Schwefel in einem Mousselinpäckchen um den Hals tragen lassen. Idiopathischer seniler Pruritus durch Hautatrophie gibt im allgemeinen eine schlechte Prognose; manchmal kann er durch empirische Mittel gelindert werden, z. B. durch Tinct. Cannab. indic. in steigenden Dosen, gut verdünnt, nach dem Essen zu nehmen. Sind Digestionsstörungen die Ursache, so sorge man für Stuhl, regele die Diät, verbiete Alkohol und Speisen, die der Patient erfahrungsgemäß nicht erträgt. Liegen Diabetes, Albuminurie, Herzkrankheiten als ätiologische Momente vor, so sind sie zu behandeln; bei letzteren nützen oft schon kleine Mengen Digitalis. Manche Formen weichen wärmerer Kleidung; Lebertran ist hie und da imstande, die Ernährung der Haut günstig zu beeinflussen. Bei unklaren Fällen nützen manchmal große Chinindosen oder Antipyrin oder Phenazetin (0·6 steigend). In ganz hartnäckigen Pruritusfällen versuche man Pilokarpininjektionen; bei senilem Pruritus muß man sie oft wochen- und monatelang fortsetzen: man läßt vor dem Schlafengehen ein warmes Bad und ein heißes Getränk nehmen und gibt dann die Injektion (4—6 mg). — Endlos ist die Anzahl der vorgeschlagenen äußeren Mittel: am wirksamsten sind Liquor carbon. detergens, Karbolsäure in entsprechender Verdünnung; der Lotion gebe man Zinkoxyd oder Kalamin hinzu. Hie und da sind kühle Sprays (Alkohol, Aether) und nachheriges Einpudern mit Stärke nützlich. Durch Spray kann man auch Lotionen auftragen, so Menthol 0·3—0·6 in Alkohol gelöst. — Bei Pruritus ani und vulvae ist die Ursache zu entfernen: Mastdarmfissuren, Verdauungsstörungen. Lokal wende man öfter Kalomel an, sehe auf Reinlichkeit. An der Vulva wende man Bäder mit warmer Borlösung an und dann Zinksalbe. In ganz schweren Fällen helfen gelegentlich Röntgen-Strahlen. — (Clinical Journal, 13. Juni 1906.)

Ueber Hauttuberkulose. Ref. Nobl, Wien.

Die in zahlreichen Zweigen der Allgemeinmedizin herrschend gewordene Methode der ätiologischen Forschung beginnt allmählich auch in dem schwer zugänglichen Gebiet der Hautkrankheiten sichere Ansätze zu gewinnen. So ist namentlich in den letzten Jahren aus der zielbewußten Umschau nach den Urausgängen krankhafter Hautveränderungen eine Fülle von Anhaltspunkten zu gewinnen gewesen, die einen Zusammenhang von Klassen anbahnen, die stets nur unvermittelt und in ihrem Wesen unaufgeklärt einander gegenüber standen. Wohl am meisten ist in dieser Hinsicht zur Klärung der Veränderungen beigetragen worden, die in dem fast uferlosen und stets der Erweiterung zugänglichen Reiche der Tuberkulose eine Behausung finden.

Unter den klinischen Formen sehen wir eine Art stets zu klarerer Definition gelangen, die früher je nach der subjek-

tiven Interpretation ein sehr unstetes Dasein zu fristen hatte. Es ist das jene Varietät der hämatogenen Tuberkulose, welche unter der Bezeichnung des Lupus pernio geläufig ist. Die echt tuberkulöse Natur der einen Erscheinungsform dieses Uebels geht aus einer Wahrnehmung hervor, die Jadassohn in der Medizinischen Gesellschaft des Kanton Bern demonstrieren konnte. (Korr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte, Nr. 17, 1906.) Hier schmolz das Bild mit jenem des Lupus vulgaris zusammen, dessen Herde im Gesicht, an Fingern und Zehen mit dem blauroten Plaques des Lupus pernio alternierten. Der ein älteres Fräulein betreffende Fall war noch dadurch ausgezeichnet, daß an den Händen kurze, strangförmige subkutane Infiltrate vorhanden waren, welche am ehesten als tuberkulöse Phlebitiden aufgefaßt werden konnten und daß an den Oberarmen symmetrisch tief infiltrierte Knoten vorhanden waren; der eine davon war ulzeriert und das scharfgeschnittene Ulkus von einem deutlich lupösen Saum umgeben; der andere Knoten war subkutan-kutan, dem Erythema induratum ähnlich; beide wiesen deutlich tuberkulöse Gewebe und Gefäßveränderungen auf.

Als dem Erythema induratum nahestehend, mit der diesem zukommenden spezifischen Wandentzündung venöser Gefäße, demonstrierte Grouven am Berner Kongreß einen 31jährigen Mann, bei welchem ebenfalls die violetten, zum Teil transparenten Knotenbildungen und narbig-atrophischen Herde spezifisch tuberkulöse Veränderungen begleiten. Gewebsstücke der Wange, Stirn, Ohr, des Oberarmes zeigen einen exquisit tuberkulösen Bau nebst der angezogenen Gefäßläsion. Tuberkelbazillen waren nicht nachzuweisen. Als Manifestation des gleichen ätiologischen Moments weist eine Patientin Jadassohns Lupus vulgaris, Lupus pernio und Erythema induratum simultan auf. Die 48jährige Patientin hat einen kolossal ausgedehnten Lupus des Gesichts (apfelgeleefarbige Plaques an Fingern und Zehen (Phalangen) sitzen blaurote, mit bräunlichen Stippchen versehene, unscharf begrenzte Anschwellungen. An den Streckseiten der Hände und Vorderarme hellbraunrote, schmerzhafte, kutansubkutan spindelige, 1 cm lange, an den Oberarmen bis taubeneigroße Subkutanknoten. Bemerkenswert erscheint an dem Fall der Uebergang eines der Erythema induratum Knoten in ein lupöses Geschwür. Ganz dem Typus von Besnier - Tenneson entspricht die äußerst interessante Beobachtung von Bloch (Basel), die das klassische Bild des Lupus pernio an einem 21jährigen, hereditär nicht belasteten Mann illustriert. Nase, Wangen, Lider von kolossal knotigen Infiltraten und violetten prall ödematösen Anschwellungen illustriert. Mächtige Drüsenpaquete am Hals. Rosenkranzförmig angeordnete Tumoren längs der Lymphgefäße und Venen des Stammes. Histologisch Epitheloid- und Lymphoidzellen, Riesenzellen und fibröses Gewebe. Besonders hervorzuheben sind noch ähnliche knotige und flache Infiltrate an den Schleimhäuten der Nase, Lippen, Pharynx und Larynx bis in die subglottische Gegend. Die echt tuberkulöse Natur des Falles ist an der Hand des histologischen Befundes und bei dem Vorhandensein einer Lungenspitzenveränderung und Spina ventosa als gesichert hinzustellen.

Für die leichtere Feststellung der bazillären Abstammung tuberkulöser Hautläsionen ist in dem Krompecher-Zimmermannschen Züchtungsverfahren der Weg gewiesen, den Lewandowsky schon mit Erfolg betreten hat. Der Nährboden besteht aus Kartoffel-Halbzylindern, die in 5%igem Glyzerinwasser erweicht, in Reagensgläsern sterilisiert werden, deren unterer Teil so hoch wie die Kartoffel reicht, mit 5%igem Glyzerinwasser gefüllt ist. Das Material wird nach peinlichster Desinfektion von der erkrankten Hautfläche mittels scharfen Löffels oder Exzision entnommen und möglichst fein zerkleinert auf die Röhrchen verteilt. Sichtbares Wachstum nach 6—8 Wochen. Lewandowsky konnte mit dieser Methode aus sieben Fällen von Lupus vulgaris und zwei Fällen von Skrofuloderma Tuberkelbazillen reinzüchten.

Auch konnte L. mit menschlichen Bazillenstämmen in Skrarifikationswunden von Kaninchen und Meerschweinchen mißfarbige, unterminierte, leicht blutende tuberkulöse Geschwüre hervorrufen, die meist nach 14 Tagen angehen. Häufig entwickeln sich den Lymphangitiden ähnliche, kutan-subkutane Knötchenreihen. Perlsuchtbazillen führten bei Kaninchen von der Haut aus zur Allgemeintuberkulose, während sie auf menschliche Bazillen nur lokal reagierten. Die spezifische Natur der Impfgeschwüre ging aus der Gewebsreaktion, dem Bazillennachweis und der positiven Ueberimpfung hervor. — (X. Kongr. d. deutschen derm. Ges., Bern 1906.)

Dem Schicksal des lupösen Gewebes unter der Einwirkung des Finsen-Lichtes wenden neuerdings Hansen und Delbanco ihr Augenmerk zu, nachdem Klüngmüller, Halberstädter u. a. den Gewebsvorgängen bereits in mehrfacher Hinsicht Rechnung getragen hatten. Die Autoren finden als erstes Zeichen der Lichtwirkung: Gefäßerweiterung und Oedem. Darauf folgt zellulare Nekrose und Schorfbildung, schließlich demakierende Entzündung mit Leukozytenemigration und sehr lebhafte Regeneration. An den Gefäßwänden spielen sich bedeutende Alterationen ab: Endothelabstoßung, faltige Entartung, Proliferation, Vakuolisation der Muskularis. Das Oedem bedingt eine Erweiterung der interzellulären Spalträume. Vakuolisation der Epitheloid- und Riesenzellen, Verschwommensein der Infiltrationsherde.

Einen Tag nach der Belichtung lassen sich die Kerne des Deckepithels nicht mehr färben. Auch das Infiltrat wird bis zu einer gewissen Tiefe der Nekrose anheimfallen. Dem Absterben sind zunächst nur die Epithel- und pathologischen Zellen ausgesetzt, die elastischen Fasern und das Kollagen bleiben erhalten. Nun erfolgt von den erweiterten, geschädigten Gefäßen aus eine leukozytäre Einwanderung in die nekrotischen Massen. Das Auftreten von Lymphozyten schon nach einer Belichtung läßt auf Regenerationsvorgänge schließen. Beginn von Neubildung sich vorschiebenden Bindegewebes. Neues Epithel entwickelt sich von den Haarbödchen und Schweißdrüsen aus. Eine Lockerung bewirkt eine Tiefenwirkung von etwa 1/2 mm. Die Zerstörung wird dadurch unterstützt, daß die angeregten Proliferationsvorgänge die angegriffenen Infiltrate in die Höhe schieben.

Die Lichtwirkung bestünde demnach in einer schichtweisen Destruktion der pathologischen Elemente, gefolgt von einer sehr lebhaften Regeneration. Die Lichtbehandlung ist demnach eine Aetzbehandlung, jedoch wirkt das Licht elektiv, indem Kollagen und elastische Fasern geschont werden. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 83, H. 3.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Chronische Gonorrhöe. Von Rud. Matzenauer, Wien. Ref. E. Spitzer, Wien.

In dieser Abhandlung, die dem demnächst zu erscheinenden zweiten Teil seines Lehrbuches entnommen ist, gibt Vf. präzise Vorschriften, wann wir einem Patienten, der an chronischer Gonorrhöe gelitten, den Ehekonsens erteilen dürfen. Nicht das Fehlen von Gonokokken in einem spärlichen Morgentröpfchen oder in dem exprimierten Prostatasekret, auch nicht der negative Gonokokkenbefund nach Massage der Harnröhre über einer geknöpften Sonde darf uns genügen, eine Gonorrhöe als geheilt zu erklären. Sondern solange Tripperfäden sich noch makroskopisch durch ihre weißlichgelbe Farbe, durch klobige Verballungen und Bröckeln auszeichnen und durch rasches Zubodensinken im Uringlas ihren Eitergehalt dokumentieren, und solange dieses Sekret mikroskopisch noch reichlich polynukleäre Leukozyten mit fragmentierten Kernen aufweist, solange dürfen wir das Vorhandensein einer bestehenden Gonorrhöe nicht ausschließen und müssen eine Behandlung einleiten. — (Wien. klin. Rundsch., Nr. 5, 1907.)

Zur inneren Behandlung der Gonorrhöe. Von Saalfeld. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Vf. stellt den Satz auf, daß in dem Gonosan die eine Forderung erfüllt sei, auf die er immer gedrungen habe, wenn die Anwendung des Sandelöls erfolgreich sein soll, daß Santelöl unverfälscht und von guter Qualität sei. Zweitens besitze das die im Gonosan enthaltene Kawa-Kawa sekretionsbeschränkende und sedative Eigenschaft. Er wendet sich dann gegen die Hyperbel, als habe er behauptet, daß das Gonosan ein Allheilmittel gegen Gonorrhöe sei, und als habe er empfohlen, die lokale Behandlung bei Gonorrhöe fallen zu lassen und außer entsprechender Diät lediglich Gonosan zu geben; er gehe bei geeigneten Fällen sehr lokal vor, entschließe sich aber in anderen Fällen nach wie vor zu einer nur internen Therapie.

Man müsse aber bedenken, welch wenig intelligentes Krankenmaterial man oft habe, ein Material, das den manuellen therapeutischen Maßnahmen kein Verständnis entgegenbringe oder auch nicht täglich zu Spülungen zum Arzt kommen könne. Speziell bei Kollegen, die an Gonorrhöe litten, habe er mit der internen Behandlung mittels Gonosan angesichts des Skeptizismus dieser Patienten gute Erfolge gehabt.

Es gäbe Aerzte, die die lokale Behandlung der Gonorrhöe nicht beherrschen, und solange es solche und solange es ungeschickte Patienten gäbe, solange würde die ausschließliche innere Behandlung nicht aufhören, ihre Berechtigung zu haben.

Sein Grundsatz sei im allgemeinen aber der, den Feind von allen Seiten mit allen Mitteln, wo man es könne, zu bekämpfen. Vf. hat dem Santyl Vorzüge gegenüber dem Gonosan nicht abgewinnen können. Er möchte Protest erheben gegen die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit des Salizylsäurezusatzes zum Santalol; der fortwährende Salizylgebrauch sei für die Nieren nicht gleichgiltig. In dieser Beziehung schließe er sich Casper an.

Vf. will bei der Lokalbehandlung die innere Behandlung nicht missen, auch das Eintreten von Komplikationen, wie Kavernitis, Cooperitis, Prostatitis, Epididymitis und Zystitis, hinderte ihn nicht an dieser Medikation. Für die Vorteile der kombinierten Behandlung stützt sich Vf. auf Lang. Für seine Unterstützung des Gonosan beruft er sich auf Zeissl. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 49, 1906; Sep.-Abdr.)

Ueber innere Behandlung der Gonorrhöe. Von Dr. Kallay. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Das Bestreben, die unangenehmen Nebenwirkungen des ostindischen Sandelöles zu eliminieren, führte zur Herstellung des Gonosan (von der chemischen Fabrik Riedel-Berlin), das frei von diesen Wirkungen ist und dabei größere therapeutische Wirksamkeit entfaltet als das Sandelöl. Gonosan setzt sich zusammen aus zwei bewährten Antigonorrhoicis, dem $\alpha + \beta$-Kawaharz und reinstem, mehr als 9·6% Santalol haltigen Sandelöl und kommt in weichen, dünnen Gelatinekapseln in den Handel, jede à 0·03 g Gonosan (d. i. 0·06 g [20%]) Kawaharz und 0·24 g (80%) Sandelöl. Die Kawawurzel wird in ihrer Heimat von den Einwohnern der polynesischen Inseln zur Bereitung eines berauschenden Getränkes verwendet, das gleichzeitig als ein vorzügliches Trippermittel gilt. Der wirksame Bestandteil ist ein Harzgemisch, das sich nach einem von Lewin angegebenen Verfahren in zwei gut charakterisierte Harze, das $\alpha + \beta$-Harz, zerlegen läßt. Beide Harze haben die Eigenschaft, Schleimhäute unempfindlich zu machen. Diese Harze, gelöst in reinstem Sandelöl, mußten ein brauchbares Präparat ergeben, da die adstringierende und bakterizide Wirkung des Sandelöls durch die anästhesierende der Kawaharze verstärkt wird, und in der Tat ist es auffallend, daß die gesamte, rasch gewachsene Gonosanliteratur mit seltener Uebereinstimmung der Urteile dessen Vorzüge hervorhebt.

Vf. möchte bei Anwendung des Gonosan jedoch die lokale Behandlung nicht vermissen, wenn es auch bei Männern in einem gewissen Prozentsatz gelingen mag, mit der internen Behandlung allein Heilung der Gonorrhöe zu erzielen. Bei der Gonorrhöe des Weibes kommt man jedenfalls allein mit letzterer nicht durch.

Die von Vf. besprochene und auf der Poliklinik in Budapest eingeführte Behandlung ist folgende:

Vom ersten Tage ab bekommt die Patientin 3—4mal täglich 2 Kapseln Gonosan, nach Zurückgehen der akutesten Erscheinungen folgen am 4. bis 5. Tage Injektionen mit Alsollösung in die Urethra und tägliche Irrigationen der Scheide mit Kaliumpermanganat, daneben lauwarme Sitzbäder und sehr peinliche Diät.

Erfolge: Brennen beim Urinieren und Harndrang werden rasch gemildert, resp. beseitigt; Abnahme der Sekretion, Klärung des Urins, Zurückhaltung der Ausbreitung des Tripperprozesses auf die Vagina. Auch unter alleinigem Gebrauch des Gonosans Verminderung der Gonokokken. Nach Paldrock vernichtet Gonosan, dem künstlichen Nährboden zugesetzt, jedes Wachstum der Gonokokken. 22 Fälle von 60 von frischer Frauengonorrhöe wurden nach 5—6wöchentlicher Behandlung völlig geheilt. 19 Fälle hielten sich für geheilt und kamen nicht mehr. 11 Fälle sind frei von Gonokokken und Sekret, stehen noch in Behandlung, acht Fälle ohne Heilungstendenz geben Alkohol und liederliches Leben nicht auf.

Hin und wieder klagte eine Patientin über Druck im Magen oder Aufstoßen; ließ man Gonosan nach dem Essen in reichlicher, warmer Milch nehmen, keine Beschwerden. — (Deutsch. Med. Ztg., Nr. 1, 1907; Sep.-Abdr.)

Operative Behandlung einer Epididymitis duplex bei männlicher Sterilität. Von Wil. C. Quinby. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

In jedem Fall einer sterilen Ehe sollte nicht nur die Frau, sondern auch der Mann gründlich untersucht werden; gar nicht selten ist die Ursache eine doppelseitige Epididymitis. In diesem Fall kann man versuchen, sie durch Anastomosenbildung zwischen Vas deferens und Epididymis oberhalb der Stenosenstelle zu beheben; nachdem Martin die Möglichkeit bei Mensch und Hund bewiesen hat (Amer. Med., Bd. 7), hat Quinby auch bei kleineren Säugetieren (Meerschweinchen 1 Pfund schwer) die in diesem Fall sehr subtile Operation ausprobiert. Die Operation ist völlig ungefährlich, erfordert aber große Vertrautheit mit den anatomischen Verhältnissen und Handfertigkeit. — (Boston. Med. and Surg. Journal, 8. Nov. 1906.)

Ueber den pathognomonischen Wert der Spirochaeta pallida bei der Diagnose der extragenitalen Sklerose. Von F. Simonelli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Simonelli konnte in einem Fall extragenitaler Sklerose, deren Diagnose nicht sicher war, die Diagnose durch den Nachweis der Spirochäte in dem ausgekratzten Material sichern. Impfungsversuche in die Kornea und die vordere Kammer bei Kaninchen führten zu keinem Resultat. — (Gazz. degli osped., 25. Nov. 1906.)

Ueber die Behandlung der Syphilis Neugeborener mit Quecksilberinjektionen. Von Mme. de Lindfors. Ref. Eugen Binswanger, München.

Lindfors schildert eingangs die gegenwärtig in Frankreich geübten Methoden der Behandlung syphilitischer Neugeborener. Die verbreitetste Art der Quecksilberbehandlung ist danach die interne in Form des „Liquor Van Swieten“ (Zusammensetzung nach Hochsinger: merc. subl. corres. 1·0, Alkohol 100·0, aqu. dest. 900·0; 10—30 Tropfen pro Tag). Injunktionskur und Sublimatbäder haben nach Vf. in Frankreich wenig Anhänger, und die in Deutschland und Oesterreich so sehr beliebte innerliche Verabfolgung von Protojoduret. Hydrarg. erwähnt Vf. überhaupt nicht.

Vor all diesen Methoden verdient nach Vf. die intramuskuläre Injektion löslicher Hg-Verbindungen, und zwar in erster Linie das Hydrarg. bijodatum den Vorzug, da es gut vertragen wird, den Digestionsapparat schont, eine genaue Dosierung ermöglicht und dadurch die Gefahr einer Intoxikation beseitigt.

Die Schmerzhaftigkeit soll bei richtiger Wahl der Injektionsstelle entsprechend der geringen injizierten Flüssigkeitsmenge (0·2—0·3 cm^3) eine unbedeutende sein.

Vf. rühmt dieser Methode der Quecksilberanwendung eine raschere Wirksamkeit nach als allen übrigen, und betont

weiter die völlige Unschädlichkeit und die günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens. Eine gute Illustration für diese beiden letzten Eigenschaften gibt der Bericht über eine Injektionskur bei einem 14tägigen, äußerst schwachen Kinde von 1700 g Geburtsgewicht, das während 17 Tagen je 1 mg Hydrarg. bijodat. täglich subkutan erhielt und in diesem Zeitraum konstant von 1528—1800 g zunahm.

Zu diesen Injektionen findet nach Vf. eine wässerige Lösung des Hg-Salzes (Hydrargyr. bijodat. 0·05, Aq. dest. 10·0) Verwendung, so daß 0·2 cm³ (also 1/5 einer Pravaz-Spritze) 1 mg des Hg-Salzes enthalten. Die Injektionen sollen täglich in einer Menge von 1·0—1·5 mg Hydrarg. bijodat. zirka 14 Tage lang verabfolgt werden, und solche zweiwöchentliche Kuren mehrmals wiederholt werden.

Eine exakte Angabe über die Intervalle zwischen diesen Kuren etc. enthält die Arbeit leider nicht. Ebenso ist die Schilderung der 14 Beobachtungen, welche von verschiedenen Autoren gemacht wurden, eine höchst mangelhafte, so daß ein klares Bild über Anwendung und Erfolg nicht daraus hervorgeht.

Der Vorteil der exakten Dosierung des Mittels erscheint aber immerhin so sehr ins Gewicht fallend, daß die Methode zur Nachprüfung und Anwendung in geeigneten Fällen empfohlen werden muß. — (Thèse Montpellier, 1906.)

Zur Statistik des Trippers beim Manne und seine Folgen für die Ehefrauen. Von Hans Vörner. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. bezweifelt die Ehrlichkeit der besseren Stände bezüglich der Angaben über Gonorrhöe, auf die sich Erb bei seiner Statistik stützt. Bei letzterer fehlt der Prozentsatz der Männer, welche ihre Gonorrhöe unterschlagen, und dieser Prozentsatz sei nicht klein. Auch auf die Angaben der Frauen sei wenig zu geben. Symptome von Urethral-Blasenkatarrh, von Salpingitis, Oophoritis etc. werden auf Erkältungen, Ueberanstrengungen im Haushalt etc. geschoben. Entweder die Unkenntnis über Sexualerkrankungen oder in manchen Fällen auch unangebrachte Scham erschwert genaue Auskunft. Vf. hält die Angaben Erbs über den Einfluß des Trippers des Mannes auf die Ehefrau falsch, weil sie sich besonders auf Frauen der bessergestellten Stände bezögen. Hier liegen die Verhältnisse günstiger; die Frauen lassen die Beschwerden, die akute und subakute gonorrhoische Erkrankungen verursachen, sehr häufig ohne Zuziehung des Arztes durch Einhaltung von Ruhe vorübergehen. Vf. könne aus seinem Material, das allen Ständen angehöre, einen viel verhängnisvolleren Einfluß des Trippers auf das Eheleben nachweisen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 5, 1907.)

Ueber die Häufigkeit des Trippers in Deutschland. Von Dr. A. Blaschke. Ref. Max Jacoby Mannheim.

Die Arbeit richtet sich gegen den Vorwurf Erbs, daß die im Jahre 1902 von Vf. gemachten Angaben über die Häufigkeit des Trippers übertrieben seien. Die Verschiedenheit der Resultate beruht zum Teil auf der Verschiedenheit des Materials, zum Teil darauf, daß die Resultate Erbs auf Angaben der Patienten selbst, während die des Vfs. auf eigenen Beobachtungen beruhen. Erbs Material stamme wesentlich aus den höheren und höchsten Kreisen, die nach Vfs. Ansicht in der Exklusivität ihrer geschlechtlichen Beziehungen ein wirksames Schutzmittel gegen venerische Infektion besitzen. Aus diesem Grund sei die Gegenüberstellung des Erbschen Materials dem von Vf. gelieferten, das der Berliner Großstadtbevölkerung entnommen ist, völlig unzulänglich. Vf. hält seine Statistik für glaubwürdiger, weil ihr nicht eine, sondern zahlreiche Statistiken zugrunde liegen. Er habe seine Resultate nie verallgemeinert, sondern stets nur auf das von ihm bearbeitete Material bezogen. Vf. hält die Erbsche Statistik nicht für zwecklos; sie gebe die Minimalziffern an und habe deshalb einen gewissen Wert. Keineswegs könne sie aber des Vfs. Angaben erschüttern. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 5, 1907.)

Kinderheilkunde.

Die Perkussion bei der Pleuritis der Kinder. Von Méry, Paris. Ref. Einstein, Stuttgart.

Vf. macht darauf aufmerksam, daß die Auskultation bei der kindlichen Pleuritis häufig zu Irrtümern führt, da die dabei oft zu hörenden Geräusche eine Pneumonie oder Tuberkulose vortäuschen. Die Perkussion ist für die Diagnose dieser Krankheit wichtiger. — (Journ. des Pratic. Nr. 34, 1906.)

Unstillbares Erbrechen der Säuglinge. Von Variot, Paris. Ref. Einstein, Stuttgart.

Variot unterscheidet zwei Formen des unstillbaren Erbrechens bei Säuglingen: die erste beruht auf einer Reizbarkeit der Magenschleimhaut aus irgendwelcher Ursache, die zweite auf einer Intoxikation. Die Uebererregbarkeit des Magens wird durch Gaben von Natriumzitrat vor dem Stillen behandelt; gegen die Intoxikation hilft nur Nahrungswechsel. In einem Fall der zweiten Art hörte das Erbrechen auf, nachdem das Kind von der Brust abgesetzt und mit sterilisierter Milch, der etwas Natriumzitrat zugesetzt wurde, ernährt worden war. — (Soc. médic. des hôpit. Sitzung vom 12. Oktober 1906.)

Kongenitale Verengerungen des Mastdarms. Von Reclus, Paris. Ref. Einstein, Stuttgart.

Die kongenitalen Verengerungen sitzen fast immer am Uebergang des Sphincterteils zur Ampulle des Rektums, etwa 3 cm oberhalb der Analöffnung. Nur scheinbar sind sie manchmal höher zu finden, da der untersuchende Finger sie leicht nach oben drängt. Sie haben gewöhnlich die Form eines Diaphragma oder einer Klappe mit einer für die Spitze des Zeigefingers eben noch durchgängigen Oeffnung und bestehen aus zartem Schleimhautgewebe.

Die Tatsache, daß diese kongenitalen Verengerungen während der Kindheit und Jugend fast stets unbemerkt bleiben — drei vom Vf. beschriebene Fälle betrafen Personen von 30, 51 und 35 Jahren — erklärt Reclus aus der Zartheit und Dehnbarkeit des Hindernisses. Das Auftreten der ersten Symptome (Eiter- und Schleimabgang, filiforme Stühle, Schmerzen bei der Defäkation) erfolgt erst, wenn zu der Verengerung eine Entzündung des Mastdarmes hinzutritt.

Erworbene Verengerungen, meist syphilitischen oder tuberkulösen Ursprungs, unterscheiden sich von den kongenitalen durch ihre Trichterform und ihre verdickten, höckerigen Wände.

Die Behandlung besteht in progressiver Dilatation mittels Hegarschen Bougies und — bei Widerstand gegen die Einführung der Bougies — in multiplen, kleinsten Inzisionen der Schleimhaut mit dem geknöpften Messer. Die Kokainanästhesie des Rektums ist unerläßlich; die vasokonstriktorische Wirkung des Mittels spielt dabei eine erwünschte Rolle. Dieses langsame Verfahren ist der Exzision mit der ihr folgenden Narbenbildung bei weitem vorzuziehen. — (Journ. des Pratic. Nr. 1, 1907.)

Beitrag zur Behandlung der Schleimhautkatarrhe der Luftwege. Von Ferd. Schramm, Wien. Ref. Einstein, Stuttgart.

Mitteilung guter Erfolge, die mit Herbakol, einem Kalkeisensirup, der noch 7% Kal. sulfoguajacolicum enthält, erzielt worden sind. Indikationen sind Katarrhe der Atmungswege, besonders die chronischen, auf anämischer und skrofulöser Basis entstandenen, ferner Anämien infektiösen oder toxischen (Darmfäulnis!) Ursprungs, intestinale zymotische Störungen, Tuberkulose u. s. w. Das Eisen des Präparats soll die anämische Disposition beseitigen, das Kal. sulfoguajacolicum die Infektionserreger bekämpfen, ein beigegebenes Amarum appetitanregend wirken. Auf die unbegründeten theoretischen Ausführungen des Vfs. über die Kreosotwirkung einzugehen, habe ich keine Veranlassung. — (Wien. med. Presse Nr. 48, 1906.)

Behandlung der Melaena neonatorum mit Gelatineinjektionen. Von Dr. Gotthard Schubert, Breslau. Ref. G. Wiener, München.

Bei einem asphyktisch geborenen Kinde, welches sich die ersten drei Tage nach der Geburt vollständig wohl befunden hatte, trat am vierten Tage leichter Ikterus auf

und kurz nacheinander zweimaliges Erbrechen von flüssigem und geronnenem Blute. Da die Diagnose Melaena vera feststand, erhielt das Kind je 10 cm^3 einer 2%igen Gelatinelösung in beide Rückenhälften injiziert. Nach der Injektion noch dreimal blutiges Erbrechen und viermal blutiger Stuhl, daher gegen Abend desselben Tages nochmals 20 cm^3 Gelatine. In der Nacht und am folgenden Tage kein Erbrechen, jedoch noch dreimal blutiger Stuhl. Am fünften Tag Injektion von 10 cm^3 Gelatine, vom sechsten Tage an blieb der Stuhl vollständig normal und vom achten an nahm das Kind regelmäßig zu. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 7, 1907.)

Ueber komplizierende hämorrhagische Diathesen beim Scharlach nebst einigen Bemerkungen zur Gelatinetherapie. Von Dr. Heinrich Klose. Ref. Eugen Binswanger, München.

Purpuraähnliche Erkrankungen im Anschluß an Scharlach sind relativ selten. Vf. findet nur 17 einschlägige Beobachtungen. Symptomatologisch läßt sich die Scharlachpurpura von den idiopathischen hämorrhagischen Diathesen nicht absondern. Unter den erwähnten 17 Fällen gleichen 10 der sogenannten Purpura simplex, 4 der Purpura haemorrhagica (seu Morbus maculosus Werlhoffii), 3 traten als schwerste Purpura fulminans auf und verliefen in der kürzesten Frist tödlich.

Der von Vf. geschilderte Fall (16jähriges Mädchen) ist äußerst interessant. Er unterscheidet sich von allen übrigen bekannten durch seinen chronischen, sich über zwei Jahre erstreckenden Verlauf. Patientin zeigte nacheinander das Bild der Purpura simplex und haemorrhagica, die Symptome des Skorbuts und schwerster Hämophilie.

Die ersten Blutungen traten am Ende der dritten Scharlachwoche auf. Die Krankengeschichte, die sich von da an über einen Zeitraum von über zwei Jahren erstreckt, berichtet über vier Perioden schwerster Blutungen und dazwischenliegende, zum Teil freie Intervalle. Die vierte letal endende Blutungsperiode wurde durch ein Trauma hervorgerufen. Nach dauernden Hämorrhagien der verschiedensten Art erfolgt sechs Wochen später der Exitus unter dem Bilde der Erschöpfung: Klinische Diagnose: Purpura haemorrhagica chronica. Pathologisch-anatomische Diagnose: Allgemeine hämorrhagische Diathese.

Therapeutisch wurde wiederholt von subkutanen Gelatineinjektionen Gebrauch gemacht. Vf. berichtet über den Erfolg günstiges. Die Blutungen kamen meist nach den Injektionen zum Stehen. Verwendet wurde die 10%ige Merksche Lösung in Dosen von je 20 cm^3. Der Autor gibt der subkutanen Verabfolgung den Vorzug vor der rektalen und stomachalen, und sieht mit anderen Autoren in dieser Gelatinetherapie „ein wesentliches Hilfsmittel zur Bekämpfung schwerer Blutungen ohne nachteilige Nebenwirkungen". Als Injektionsstelle empfiehlt er die Regio interaxillaris zwischen der linea axillar. anter. und poster. Gegen die schmerzhafte Hautschwellung, die alle schwer resorbierbaren Flüssigkeiten begleiten, rät er einen zweitägigen Kompressionsverband mit Liqu. alum. acet. — (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 51 u. 52, 1906.)

Ueber Protylin „Roche" und dessen Anwendung bei Kindern. Von E. Kraus, Wien. Ref. Eugen Binswanger, München.

Kraus berichtet über seine günstigen Erfahrungen mit dem Protylen „Roche" bei rhachitischen Kindern. Das Präparat ist bekanntlich eine ungiftige Phosphoreiweißverbindung und soll in seiner Zusammensetzung den Nukleinen entsprechen und leicht assimilierbar sein. Seine theoretische Grundlage bei der Rhachitisbehandlung ist somit im wesentlichen die gleiche wie bei der Kassowitzschen Phosphortherapie. Vor dem Phosphorlebertran soll es vor allem den Vorteil der Geschmacks- und Geruchlosigkeit haben und nicht wie dieser den Appetit herabsetzen, sondern die „Eßlust in erfreulicher Weise anregen". Auch bleibt sein Phosphorgehalt im Gegensatz zum Phosphorlebertran ein stets konstanter.

Kraus verabreicht bei Kindern von $^1/_2$—5 Jahren täglich 1—2 gestrichene

Kaffeelöffel des Protylenpulvers oder von den Protylentabletten 4—8 Stück täglich. — Er hat von dieser Medikation in seinen allerdings vorerst noch sehr spärlichen Fällen guten Erfolg gehabt.

Auch von dem Protylinum ferratum, einem 2·3% Eisen enthaltenden Präparat, hat Kraus bei Anämie und Chlorose günstige Wirkung gesehen, und glaubt es in solchen Fällen empfehlen zu können. — (Zentralbl. f. Kinderheilk. Nr. 1, 1907.)

Ueber die Kaltwasserbehandlung bei schweren Scharlachfällen. Von Y. Valkanoff. Ref. Eugen Binswanger, München.

Valkanoff empfiehlt in dieser Abhandlung die Anwendung kalter Bäder beim Scharlach auf das angelegentlichste. Als ganz besonders geeignet zu dieser Behandlung bezeichnet er die schweren und schwersten Fälle, und zwar sowohl während der hoch fieberhaften Periode des exanthematischen Stadiums, als auch bei der „forme hyperthermique secondaire“, was sich mit dem Begriffe der fieberhaften Nachkrankheiten des Scharlachs (nach Schick) deckt.

Unter kalten Bädern versteht Valkanoff solche, deren Temperatur 24 bis 25° C. nicht überschreitet. Die von ihm empfohlene Art ist die, den hoch fiebernden Kranken in ein Bad von 18—20° C. zu setzen und ihn dort zirka 15 Minuten zu lassen. Dies Bad ist „sehr häufig“ zu wiederholen und auch nachts damit nicht auszusetzen, und zwar so lange, bis die Temperatur 38—38·5° C. nicht mehr übersteigt.

Kalte Uebergießungen und kalte Packungen sollen nur da angewandt werden, wo das Bad nicht verabfolgt werden kann oder kontraindiziert ist.

Als solche Kontraindikationen erkennt Valkanoff organische und funktionelle Anomalien vonseite des Herzens an.

Also auf der einen Seite besteht nach Valkanoff gerade bei den schwersten Fällen von Scarlatina eine spezielle Indikation zur Anwendung kalter Bäder, auf der anderen Seite muß er alle bedenklichen Anomalien der Herzfunktion als Kontraindikation zugeben: damit hat der Vf. den kalten Bädern bei der Scharlachbehandlung und seiner Publikation darüber das Urteil selbst gesprochen. Denn die tägliche Erfahrung spricht doch dafür, daß gerade in den schweren Fällen von Scharlach das Herz fast ausnahmslos mit in Leidenschaft gezogen ist. Und gerade die Sorge für dieses Organ ist es, die unser klinisches Handeln in solchen schweren Fällen in erster Linie und mit vollem Rechte dirigiert.

Die Anwendung kalten Wassers wird sich bei Scharlach in hoch fieberhaftem Stadium wohl meist auf die Anwendung kalter Packungen und Uebergüsse beschränken müssen, und auch diese bedürfen zur Hintanhaltung peinlicher Zwischenfälle der sorgfältigsten ärztlichen Ueberwachung.

Auch die von Valkanoff zitierten Beobachtungen (11 Fälle) sind nicht geeignet, uns in dieser Anschauung zugunsten der Bäder wankend zu machen, muß er doch selbst (Fall X) den Eintritt kollapsartiger Zustände im kalten Bade zugeben.

Der Praktiker wird daher gut tun, sich nicht auf derartige Experimente einzulassen, und die Hydrotherapie beim Scharlach auf wiederholte kalte Packungen und Waschungen und kalte Uebergüsse im warmen Bade zu beschränken. — (Thèse Montpellier, 1906.)

Ueber Ferienkolonien. Von Emanuel Basso. Ref. Eugen Binswanger, München.

Vf. berichtet in sehr übersichtlicher Weise über Organisation, Funktion und Resultate der Ferienkolonien und ähnlicher Institutionen in Frankreich. Seine Ausführungen werden sicher von jedem deutschen Kollegen mit Vorteil gelesen, der sich beruflich mit analogen Einrichtungen in seiner Heimat zu beschäftigen hat. Prinzipielle Verschiedenheiten zwischen den Ferienkolonien in Frankreich und in Deutschland treten zwar an keiner Stelle zutage, doch ist aus den eingehenden Schilderungen der Organisation der verschiedenartigsten „colonies de vacances“ manches Detail neu und beachtenswert und mit Nutzen wohl auch anderwärts anzuwenden.



Lesenswert ist vor allem bei der Schilderung der Resultate die tabellarische Zusammenstellung über Gewicht, Größe und Brustumfang bei mehreren Hundert der kleinen Ferienkolonisten vor und nach dem Landaufenthalt.

Vf. schlägt unter anderem die allgemeine Verwendung eines einheitlichen Formulars für den ärztlichen Aufnahme- und Entlassungsstatus vor, und erläutert den Wert desselben für eine brauchbare Statistik. Er hält das von Lucien Mayet zu Lyon angegebene Schema, das er reproduziert, für das geeignetste.

Auf Grund des erwiesenen Erfolges der Ferienkolonien, speziell im Kampf gegen die Tuberkulose, stellt er schließlich die Forderung nach weiterem Ausbau dieser segensreichen Institution, so daß einst ausnahmslos alle Kinder der Großstädte diese Wohltat genießen können. — (Thèse Lyon, 1906.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Neuere Mittel und Anwendungsformen.

Ovogal.

Das von Wörner (Med. Klinik Nr. 21, 1906) in den Arzneischatz eingeführte neue Cholagogum Ovogal ist das Albuminat der Glyko- und Taurocholsäure. Es stellt ein grünlich-gelbes in Wasser, verdünnten Säuren, Aether, Chloroform, Benzol und Fetten unlösliches Pulver dar, welches unter dem Einflusse der Alkalinität des Dünndarmes die Gallensäuren abgibt, wodurch eine Vermehrung der Gallensäuren im Darm und damit eine Beförderung des Gallenflusses und eine Verstärkung der Tätigkeit der Gallensäuren auf natürlichem Wege bewirkt wird. Ueber seine Erfahrungen mit diesem Präparat berichtet in der allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 10, 1907, Linhart (Berlin). Die gallentreibende Wirkung des Ovogal wurde von Wörner auf experimentell-physiologischem Wege festgestellt, indem er mit Gallenfistelhunden arbeitete. Die Menge der ausgeschiedenen gallensauren Salze wurde dabei in der Regel bis zum zwei- und dreifachen, ausnahmsweise sogar bis zum zehnfachen der Normaltage gesteigert. Bemerkenswert ist dabei, daß die Galle der Normaltage stets viel zähflüssiger war, als die der Ovogaltage, obgleich der Prozentgehalt an gallensauren Salzen annähernd derselbe blieb. Allen anderen gallentreibenden Präparaten gegenüber besitzt das Ovogal den Vorzug, ein natürliches Heilmittel darzustellen, welches den reinen Abscheidungsprozeß begünstigt, ohne irgend welche Nebenwirkungen auszulösen. Es wird ausnahmslos gut vertragen und ist besonders angezeigt bei Hyperchlorhydrie des Magens, bei Obstipationen (besonders der Clorothischen), welche auf mangelhafter Peristaltik beruhen, bei Leber- und Gallenleiden, bei Pankreasleiden sowie als Prophylaktikum bei Cholelithiasis. Man gibt das Ovogal mehrmals täglich messerspitzen- oder teelöffelweise mit Wasser, Tee, Kaffee, sauren Fruchtsäften etc. Es ist dabei darauf zu achten, daß die Patienten das Pulver rasch hinunterspülen, da es andernfalls durch den alkalischen Mundspeichel eine teilweise Zersetzung erleidet. Eine empfehlenswerte Darreichungsform ist folgende:

Rp. Ovogal. 40·0
Elaeosacch. Menth. pip. 10·0
D. S. Mehrmals täglich 1/2 Teelöffel voll zu nehmen.

Für empfindliche Patienten dienen mit je 0·5 g Ovogal gefüllte Gelatinekapseln, welche in Originalschachteln zu je 50 Stück in den Apotheken vorrätig sind.

Visvit.

Das durch die Prüfung an der von Leydenschen Klinik (Maaß) als ein

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.



rationell zusammengesetztes, zweckentsprechendes und empfehlenswertes Nährpräparat eingeführte „Visvit“ (vis vitae) hat sich als ein wegen des Mangels jeglicher Extraktivstoffe, auch bei Herz- und Nierenkranken, gänzlich reizloses Präparat von wirklichem Wohlgeschmack ausgezeichnet bewährt.

Eine neue warme Empfehlung kommt dem unter so günstigen Auspizien in der Therapie sich einbürgernden Visvit nunmehr von Dr. Ferd. Rosenthal aus der v. Stoffellaschen Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik.

Von den ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten, die samt und sonders für die Leistungsfähigkeit des Visvit ein beredtes Zeugnis ablegen, ist besonders interessant ein Fall von Ulcus ventriculi, bei dem es nach einer Ulkuskur mit Hilfe von Visvit gelang, dem durch das häufige Bluterbrechen hervorgerufenen Kräfteverfall wirksam entgegenzutreten, trotz der sehr herabgesetzten Verdauungsfähigkeit, welche während der ganzen Rekonvaleszenz von jeder Fleischnahrung abzusehen zwang. Bei sichtlich gesteigertem Appetit war schon nach 14 Tagen eine Gewichtszunahme von 2 kg und Steigung des Hämoglobingehaltes zu konstatieren.

Daß Visvit „auch bei Reizzuständen der Niere unbeschadet genommen werden darf“, beweist die Beobachtung an dem zwölfjährigen Knaben mit Scharlachnephritis und verschiedenen Abszessen. Die bedeutende Entkräftung besserte sich unter Visvitdarreichung rasch. — Beachtenswert ist auch ein Fall von Spitzentuberkulose bei einem 29jährigen Manne, in dem die anfangs rapid um sich greifende Körpergewichtszunahme nach dem Einsetzen der Visviternährung einer deutlichen Gewichtszunahme wich.

Von anderen Krankheiten, bei denen Visvit Verwendung fand, werden aufgeführt: Morbus Basedowii, Anämien, Hysterie, Arteriosklerose, Diabetes, Phthisis pulmonum; ferner Rekonvaleszenz nach Pneumonie, Influenza und anderen Infektionskrankheiten.

„In allen diesen Fällen war außer der raschen Körpergewichtszunahme eine Vermehrung der roten Blutkörperchen und eine auffallende Steigerung des Hämoglobingehaltes wahrzunehmen.“

Die an dieser beachtenswerten Stätte der Wissenschaft gewonnenen Erfahrungen berechtigen in der Tat zu der Formulierung, daß „den praktischen Aerzten mit ruhigstem Gewissen die weitestgehende Anwendung des Visvit empfohlen werden kann“.

Dosis im allgemeinen dreimal täglich 1—2 Teelöffel voll. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 48, 1906.)

Nastin.

Nastin nennen Deycke und Reschad einen reinen kristallierbaren Fettstoff der Leprabazillen, der sich zu Immunisierungszwecken sowie als Heilmittel gegen die Lepra gut bewährt hat. Derselbe wird aus auf Milch gezüchteten und später von allen Milchanteilen sorgfältig gereinigten Streptothrixkulturen durch fraktionierte Extraktion derselben mit Aether in rohem Zustande erhalten. Das rohe Fett wird in heißem Alkohol gelöst, aus dem es sich nach dem Erkalten langsam wieder ausscheidet. Der Niederschlag wird mit Alkohol ausgewaschen, bis er rein weiß erscheint, dann in Aether gelöst und der Aether abgedampft. Man erhält so eine feste, weiße, paraffinartige Substanz, welche als reiner Glyzerinester einer hochmolekularen Fettsäure erkannt wurde.

Dieses Nastin genannte Fett ist nach den von Deycke und Reschad gemachten Erfahrungen derjenige Inhaltstoff der Leprabazillen, welcher diesen ihre große Resistenz gegenüber den chemischen Angriffstoffen des menschlichen Körpers verleiht. Nastininjektionen bedeuten demnach eine aktive Immunisierung gegen eben dieselbe resistente Fettsubstanz, mit der die Leprabazillen imprägniert sind und an die ihre relative Unangreifbarkeit und damit ihre Pathogenität geknüpft ist. Solche Injektionen mit in sterilisiertem Olivenöl gelöstem Nastin haben denn auch in den meisten

Fällen die leprösen Rezidive verhindert und damit die Krankheit zum Stillstand gebracht. In leichteren Fällen ist auch ein völliges Verschwinden der äußerlich sichtbaren leprösen Produkte, sowie der speziellen Krankheitserreger beobachtet worden.

Zur Darreichung des Nastins stellt man sich am besten 1%ige Lösungen in heißem sterilisierten Olivenöl dar. Da diese Lösungen sich beim Erkalten trüben, müssen sie vor der Anwendung vorsichtig bis zur Klärung erwärmt werden. Man injiziert anfänglich wöchentlich einmal 0·005 g (= 0·5 cm^3), später alle 5—6 Tage 0·01 g. Für gesunde Tiere und Menschen ist das Nastin durchaus indifferent. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3, 1907; Pharm. Ztg. Nr. 8, 1907.)

Bromural.

Ueber ein neues Hypnotikum, das Bromural, berichten H. Krieger und R. v. d. Velden (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6, 1907). Das Bromural ist Monobromisovalerianylharnstoff und besteht aus weißen, schwach bitter schmeckenden Blättchen, die in heißem Wasser, Aether, Alkohol, Alkalien leicht löslich, in kaltem Wasser nur schwer löslich sind. Die tödliche Dosis für Kaninchen beginnt bei 1 g pro Kilogramm. Beim Hunde sind die hypnotischen Dosen 0·25—0·30 g pro Kilogramm. Die gefährlichen Dosen beginnen bei 0·5 g pro Kilogramm und setzen die Respiration stark herab. Bei weiterer Steigerung erfolgt der Tod durch Respirationsstillstand, während das Herz weiter arbeitet. Die Vf. stellten ihre Versuche an einer größeren Zahl von Patienten an, welche infolge von teils inneren Krankheiten, teils Nervenleiden an Schlaflosigkeit litten. Das Ergebnis ihrer Untersuchungen war folgendes: Das Bromural wirkt einschläfernd in Dosen von 0·3 g in den leichtesten Fällen, im Durchschnitt am besten in einer Gabe von 0·6 g, meist nach 5 bis 25 Minuten. Höhere Dosen zeigen keine stärkere Wirkung. Diese Wirkung klingt wahrscheinlich in allen Fällen in 3 bis 5 Stunden vollständig ab. In den Fällen, in denen der Schlaf über diese Wirkung hinaus andauert, ist anzunehmen, daß der natürliche Schlaf sich dem künstlich erzeugten anschließt. Bleibt dieser nachfolgende natürliche Schlaf aus, so erreicht man mit einer zweiten Dosis einen gleichen Effekt wie mit der ersten Dosis. Bromural versagt in allen Fällen, wo Schmerzen, Hustenreiz, Angina pektoris, Erregungszustände oder Delirien bestehen. Der durch Bromural hervorgerufene Schlaf zeigt keine erkennbare Abweichung gegen den natürlichen. Nachwirkungen oder Nebenerscheinungen waren nicht zu beobachten.

Pittylen.

Unter den Mitteln des dermatologischen Arzneischatzes hat der Teer wegen seiner hervorragenden Eigenschaften stets seinen Platz behauptet. Nach M. Joseph stehen den guten Eigenschaften aber auch wesentliche Nachteile gegenüber. Zunächst einmal spielen der unangenehme Geruch und die unschöne Farbe zwar keine ausschlaggebende, aber doch immerhin eine nicht zu unterschätzende Rolle. Viel wesentlicher ist aber, daß es schwer fällt, den Termin zu bestimmen, wann im Verlaufe des Ekzems der Teer gut vertragen wird. Zwei Patienten mit scheinbar gleichen klinischen Symptomen des Ekzems an derselben Körperstelle vertragen den Teer verschieden gut. Der eine wird in kurzem davon geheilt, der andere erfährt eine erhebliche Verschlimmerung. Hier sind die richtigen Indikationen sehr schwer zu stellen, und es bedarf großer klinischer Erfahrung, um mit dem sonst so vorzüglichen Heilmittel nicht mehr Mißerfolge als günstige Resultate zu erzielen. Dem Dresdner chemischen Laboratorium Linger ist es gelungen, durch Kondensation des Nadelholzteers mit Formaldehyd ein Präparat herzustellen, das frei von unangenehmen Nebenwirkungen und berufen ist, dem Teer weitere Anwendungsgebiete zu erschließen. Der Teer wird bei diesem Verfahren in ein außerordentlich feines, braungelbes, lockeres Pulver verwandelt, das nur ganz schwachen und gar nicht teerartigen Geruch zeigt, der im Gegensatz zu dem außerordentlich intensiven, durch nichts zu verdeckenden Geruche des Nadel-

holzteers, schon durch geringe Zusätze angenehm riechender Substanzen verdeckt werden kann. Dieses neue Teerpräparat Pittylen wurde durch zahlreiche Versuche bei mehreren hundert Kranken während zweier Jahre erprobt. „Ich bin jetzt," schreibt Joseph, „nachdem ich es zwei Jahre hindurch verwertet habe, zu der Ueberzeugung gelangt, daß wir in demselben ein nach manchen Richtungen ausgezeichnetes Präparat besitzen, welches ich nicht versäumen möchte, allgemein bekannt zu machen." Natürlich kommen für die Behandlung in erster Reihe die Ekzeme in Betracht, die subakuten, sobald die ersten entzündlichen Erscheinungen geschwunden sind, und vor allem die chronischen sowie die impetiginösen Formen. Es wurden verwendet 2—10%ige Paste und 5—10%ige Schüttelmixtur. Ausgezeichnet bewährten sich 10—60%ige Pittylen-Paraplaste bei den chronischen tylotiformen Ekzemen und besonders dem Keratom an Handteller und Fußsohlen, ebenso bei Lichen chronicus simplex und bei chronischen lokalisierten Nagelekzemen. Das 8%ige Pittylenazeton kam zur Anwendung gegen das Ekzema seborrhoicum corporis und gegen Pityriasis rosea, während sich gegen die Pityriasis versicolor, gegen chronische urtikarielle Prozesse und Strophulus infantum die Pittylentinktur bewährte. Bei Akne vulgaris ist die Pittylen-Seifenbehandlung besonders empfehlenswert. — (Derm. Zentralbl. Nr. 3, 9. Jahrg.; Aerztl. Mitteil. Nr. 13, 1907.)

Eutannin.

Zusammensetzung: Scheint seinen Eigenschaften und Reaktionen nach ein Kondensationsprodukt von Gerbsäure zu sein, entstanden durch Kondensation von zwei Molekülen Gerbsäure unter Wasseraustritt. Eigenschaften: Es stellt weiße, äußerst feine verfilzte Nädelchen dar, von angenehmem süßlichem Geschmack, welche sich in kaltem Wasser nicht, dagegen leicht in warmem Wasser und Alkohol lösen. Eisenchlorid gibt mit Eutannin schwarzblaue Färbung, vanadinsaures Ammon eine olivengrüne. Fehlingsche Flüssigkeit wird beim Kochen reduziert. Durch längeres Kochen mit Wasser unter Druck und durch Erwärmen mit Alkalien wird Eutannin in Gerbsäure gespalten. Anwendung: Die Anwendung des Eutannins in der Therapie beruht darauf, daß es den Magen völlig unverändert passiert und im alkalischen Darmsaft in Gerbsäure zerfällt. Es soll von keinerlei unangenehmen Nebenwirkungen begleitet sein. — (Riedels Ber.)

Heritin.

Heritin ist ein in Aether lösliches Alkaloid aus der Wurzel einer auf den Sundainseln heimischen Pflanze „Heritiera javanica", aus der Familie der Sterculiaceen. Dieses Alkaloid, das im Urzustand stark toxische Eigenschaften in sich birgt, wird von seinem schädigenden Einfluß befreit, wenn es in allmählich gesteigerter Dosis Tieren (Kaninchen) injiziert wird, wobei die toxischen Symptome schließlich verschwinden. Aus den mit dem Alkaloid beladenen Körpersäften des Versuchstieres wird das Mittel wieder in brauchbarer Form abgeschieden, ohne durch den Prozeß an seiner günstigen Beeinflussung des Nervensystems etwas verloren zu haben. Außer bei Migräne und nervösen Kopfschmerzen findet Heritin bei Epilepsie, Chorea u. s. w. Anwendung. — (Ber. von Brückner, Lampe.)

Yohimbin als Aphrodisiakum.

Daß die Yohimbinwirkung eine spezifische und keine suggestive ist, geht deutlich aus einer Publikation von Creutz hervor, der bei Bullen und Hengsten das Präparat in Dosen von 0·05—0·075 in Wasser gelöst mit Leinsamenschleim mehrmals täglich gab. Es erwies sich als sicher wirkendes, in der angegebenen Dosierung unschädliches Aphrodisiakum. — (Berl. tierärztl. Wochenschr. Nr. 52, 1906.)

Scopomorphin „Riedel".

Zusammensetzung: Unter diesem Namen kommt in sterilisierten zugeschmol-



zenen Ampullen eine Lösung aus Euskopol 0·0012 g, Morph. hydrochlor. 0·03 g und Aqua dest. ad 2 cm³ in den Handel. Eigenschaften: Das Skopomorphin „Riedel" gestattet eine bequeme Anwendung der Skopolamin-Morphin-Narkose und zeichnet sich in physiologischer Beziehung von anderen Handelspräparaten vornehmlich durch seine reine Skopolaminwirkung ohne Nebenwirkung aus. Anwendung: Der Inhalt der einzelnen Ampulle wird zur Totalnarkose in der Regel in drei Teilen injiziert. Ein Drittel 2½—3 Stunden vor der Narkose, das zweite Drittel eine Stunde später und das letzte Drittel etwa ¾ Stunden vor der Operation. Zur Halbnarkose gebraucht man etwa die Hälfte der vorher angegebenen Mengen. Als Analgetikum und Sedativum injiziert man etwa ⅙—½ Ampulle ein- oder mehrmals täglich. — (Riedels Ber.)

Chininphytin.

Zusammensetzung: Saures Chininsalz der Anhydro-oxymethylen-diphosphorsäure. Eigenschaften: Gelbliches, kristallinisch aussehendes, bitter schmeckendes Pulver, welches in Wasser sehr leicht, in Alkohol, Aether, Benzol, Chloroform gar nicht löslich ist. Die wässerigen Lösungen sind fluoreszierend. 1 g Chininphytin enthält 0·57 g Chininbase und entspricht, seinem Gehalte an Alkaloid nach, 0·75 g Chinin. hydrochlor. oder 0·70 g Chinin. sulfur. 1 g Chininphytin enthält 0·43 g der freien Phytinsäure und entspricht 0·50 g Phytin. Anwendung: Wird bei Malaria, bei verschiedenen larvierten Formen des Wechselfiebers, bei präventiver Behandlung der Malaria, bei Puerperalfieber, bei Typhus abdominalis, bei Keuchhusten, bei Neuralgien, bei Menièrescher Krankheit, bei Diabetes etc. empfohlen. — (Riedels Ber.)

Asbradon und Bradon.

Asbradon und Bradon sind zwei versüßte und durch Vanille wohlschmeckend gemachte Nervina und Antispasmodika. Das Bradon enthält als wirksame Bestandteile Extract. fluid. Valerianae, Artemisiae, Aurantiae, Melissae und Adonidis neben Bromsalzen. Ein Eßlöffel davon (= 15 g) enthält 3 g Bromsalz, je 3 g der erstgenannten Fluidextrakte und die wirksamen Bestandteile von 0·1 g Adonis vernalis. — Asbradon ist ein Bradon, welches in 15 g noch 0·0005 g Acid. arsenicos enthält. Beide Präparate werden als Nerventonika tee- oder eßlöffelweise, am besten in Wasser oder Tee, gegeben. (Fabrikant: Dr. Lutzsche Apotheke in Göppingen.) — (Pharm. Ztg., Nr. 8, 1907.)

2. Neuere Mittel.

a) Pharmakologische Präparate.

Isophysostigmin. sulfuricum. Zusammensetzung: Das aus dem nicht in Aether löslichen Teil des Kalabarbohnenextrakts von E. Merck dargestellte, von Kobert zuerst pharmakologisch untersuchte Alkaloid, welches dem Physostigmin chemisch sehr ähnlich ist. Eigenschaften: Weiße, in Wasser leicht lösliche Kristalle. Anwendung: Zu subkutanen Einspritzungen und zu Augentropfen.

Katharmon. Enthält die wirksamen Bestandteile von Hydrastis canadens., Gaultheria procumbens, Hamamelis virginica, Phytolacca decandra, Mentha arvensis, Thymus vulgaris sowie 0·12 g Acid. boric. in je 30 cm³. Findet Anwendung mit 7 Teilen warmen Wassers verdünnt bei Zervikalkatarrh.

Lecithinum granulatum. Zusammensetzung: Lecithin 5·00, Vanillini 0·25, Spiritus (90%) 40·00 und Sacchar. granulat. 44·00.

Loh-Tanninbäder, elektrische. Patent Stanger. Zusammensetzung: Der Zusatz zum Bad besteht aus verschiedenen Arten von Gerbstoffen, gewonnen aus der Rinde von Fichten, Eichen, Quebracho, Kastanien und Myrobalanen. Durch diese Beimengung wird das elektrische Leitungsvermögen des Wassers bedeutend erhöht. Anwendung: Bei chronischer Gicht und Rheumatismus. — (Riedels Ber.)

Mankakapseln nach Dr. Hirsch enthalten ostindisches Sandelöl, Arbutin und ätherisches Buccoblätterextrakt. Sie werden gegen Gonorrhoe empfohlen. — (Strauß-Apotheke, Berlin C.)

M e n s a l i n ist ein Nervinum und Sedativum besonders bei nervösen Magen-Darmerkrankungen sowie bei Menstruationsbeschwerden. Es bildet ein weißes, etwas hygroskopisches Pulver, welches in Form von Tabletten von der chemischen Fabrik Gebr. Patermann (Friedenau-Berlin) in den Handel gebracht wird.

M i g r o p h e n. Enthält 10% Lecithin und 90% Chininsulfat. Anwendung: Bei Kopfschmerz, Migräne, Schnupfen, Influenza, Nervosität u. s. w. Dosis: 0·3 bis 0·5 g.

N e r v i t o n. Sirupus Ferro-Calcio-Bromo-Natrio-glycerinophosphoricus, enthält organisches Eisen, Brom, Kalksalze und glyzerinphosphorsaures Natrium. Anwendung: Für Erwachsene drei Eßlöffel, für Kinder drei Kaffeelöffel mit etwas Mineralwasser verdünnt.

O r g a n o s o l ist eine Lösung von kolloidalem Silber in Alkohol.

P a v y k o l t a b l e t t e n sind angeblich aus Rhododendron ferrugineum, Syzygium Jambulanum, Lappa officinalis, Acid. lactic., Tinct. Jodi, Extr. Opii und Salol hergestellt und sollen gegen Zuckerkrankheit Anwendung finden.

P e c t a l t a b l e t t e n enthalten als wirksame Bestandteile Benzoesäure und Terpinhydrat, außerdem Rohrzucker, geringe Mengen Pflanzenpulver und Spuren eines violetten Farbstoffes. Violett gefärbte, nach Veilchenwurzel riechende, süßlich kratzend schmeckende Tabletten. Finden Anwendung gegen Heiserkeit und Krankheiten der Luftwege.

P l a n t a l. Zusammensetzung: Wasser 4·35%, Zitronensäure 43·48%, Natriumbikarbonat 37·51%, Natriumsulfat 14·20% und Natriumchlorid 0·46%, außerdem kleine Mengen Eisen und Kalk. Eigenschaften: Kommt in Gelatinekapseln in den Handel. Anwendung: Gegen Zuckerkrankheit, Gallensteine, Gicht, Hämorrhoiden und andere Krankheiten. — (Riedels Ber.)

S a l o c h i n i n. Salizylester des Chinins. Unlöslich in Wasser, löslich in Alkohol und Aether. Geschmackfreies Antipyretikum und Antineuralgikum. Dosis 1—2 g 3—4mal täglich.

S a n o c h i n o l. Durch Einwirkung von Ozon auf eine Lösung von salzsaurem Chinin entstandene Verbindung, in 100 cm³ 4 g Chininum hydrochloric. enthaltend. Gegen Tuberkulose und Malaria.

S i l b e r - V i t e l l i n. Argyrol mit 30% Silbergehalt. Leicht löslich in Wasser. In 3%iger Lösung bei Ohren-, Nasen-, Halsleiden und Gonorrhoe.

S i l i n, ein als Hexamethylentetramin. citrosilicicum bezeichnetes Urotropinpräparat, soll bei harnsaurer Diathese in Verbindung mit Alkalien Anwendung finden. Es kommt als Silin-Brunnen in den Handel, von dem je 1 l enthält: 3 g Silin, 8 g Natriumchlorid, 2 g Natriumkarbonat, 2 g Kalziumkarbonat, 0·5 g Magnesiumsulfat, 4·5 g freie Kohlensäure. Täglich soll eine Flasche zu 750 cm³ getrunken werden. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

S o m n a l u m. Chloralhydrat und Urethan in Alkohol gelöst. Hypnotikum. Dosis 1—2 g.

S o z o b o r o l. Mischung von Aristol, Sozojodol und Borsäuresalzen. Mittel gegen Schnupfen.

T a l l i a n i n, als ozonisiertes Terpin beschrieben, wird in zugeschmolzenen Glasröhrchen versendet. Das Präparat soll Sauerstoff entwickeln und in der Tierheilkunde intravenös angewendet werden bei infektiösen Lungenentzündungen (Brustseuche), Influenza, Lungenkongestion, Angina, Starrkrampf, Hämoglobinämie u. s. w., endlich bei Krankheiten, welche mit hohem Fieber einsetzen, ohne Nachweis sonstiger Symptome. — (Ber. von Brückner, Lampe.)

T a n n o f o r m. Methylenditannin. Kondensationsprodukt von Gerbsäure und Formaldehyd. Unlöslich in Wasser, löslich in Alkohol und Alkalien. Gegen Darmkatarrh, Decubitus und Hyperidrosis. Dosis 0·25—0·5 pro usu interno; äußerlich in 10%iger Salbe oder in Streupulver mit und ohne Stärke.

T e r e b e n. Mischung verschiedener Terpene, löslich in Alkohol. Expectorans, Adstringens. Dosis 0·25—1·0 g. Inhalationen gegen Phthisis. (Ber. v. Gehe.)

T e r m a r t h r i n. Gemisch von Lithiumzitrat 1 Teil, Natriumbikarbonat zwei Teile und Natriumphosphat 4 Teile in Pa-

stillenform. Gegen Gicht, Ischias, Rheumatismus.

Théobromose = Théobrominlithium. Seidenglänzende, leicht in Wasser lösliche Nadeln. Der Gehalt an Lithium beträgt 3·66—3·67. Die Wirkung der Théobromose soll stärker sein als die des Théobromins. Findet Anwendung als besonders kräftiges Diuretikum.

Thermarthrin ist ein Spezialmittel gegen Gicht, Rheumatismus, Ischias u. s. w., welches eigentlich in drei Teile zerfällt. Die Thermarthrinbinden enthalten die wirksamen Stoffe der bekannten Gichtbäder in konzentrierter Weise unter Zufügung von 10% zitronensaurem Lithium und sollen durch die Haut direkt dem Gelenke die Harnsäure entziehen. Die Thermarthrinpastillen zu innerlichem Gebrauch bestehen aus zitronensaurem Lithium 5 T., doppeltkohlensaurem Natron 10 T., phosphorsaurem Natron 20 T. Das Thermarthrinfluid zum Einreiben enthält Senfspiritus, Kampferspiritus, Ameisenspiritus und Aether zu gleichen Teilen. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

Thiocolin ist ein Mittel gegen Bronchitis und Lungenkrankheiten; soll enthalten Guajacol. sulfuric. 6 Teile, Bismut. loretinic. 1 Teil, Aq. dest. 60 Teile, Sirup. compos. 33 Teile.

Tinktin. Zusammensetzung: Enthält die wirksamen Farbstoffe und anderen Bestandteile der Heidelbeeren und Methylenblau und wird äußerlich bei allen katarrhalischen Zuständen, besonders der oberen Luftwege, außerdem bei Soor, Leukoplakia u. s. w. gegeben.

Trypanrot ist ein Farbstoff aus der Klasse der Benzopurpurine; bildet ein braunrotes, in Wasser lösliches Pulver, das innerlich und subkutan gegen Magenkrebs und Lymphdrüsenentzündung empfohlen wird.

Urolysin ist eine Mischung von Citrozon mit 10%iger Chinasäure, die bei Gicht u. s. w. Anwendung finden soll. Vorsichtige Aufbewahrung!

Ursal ist eine Verbindung des Harnstoffes mit Salizylsäure, die als Ersatz von Natriumsalizylat und ähnlichen Präparaten bei gichtischen und rheumatischen Leiden angewendet wird.

Urystamin. Hexamethylen-Lithiumbenzoicum-Verbindung. In Dosen von 1·0 gegen Gicht, Erkrankung der Harnwege etc.

Vaginol, ein Antiseptikum für die Frauenpraxis, enthält in Form von Gelatinesuppositorien pro dosi Hydrarg. oxycyanat. 0·002 g, Natr. sozojodolic. 0·08 g und Alumol 0·02 g. — (Austria-Apotheke, Wien, IX.)

Valerobromin, eine französische Spezialität, ist Natriumbromvalerianat, vermutlich ein Gemisch oder Doppelsalz aus Bromnatrium und Natriumvalerianat. Es bildet eine kristallinische, wasserlösliche Masse, vereinigt nach Féré die Wirkungen des Baldrians und der Bromalkalien. Es soll besonders beruhigend und krampfstillend wirken. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

Vanillinquecksilber (Mercurivanillin) empfiehlt H. Danlos zur Behandlung der Syphilis. Es bildet ein weißes, geschmackloses, in Wasser unlösliches, in schwachen Säuren lösliches Pulver. Es riecht angenehm vanilleartig und enthält 40% Quecksilber.

Weigerts Castoreum-Bromid (Sal. bromat. effervescens cum Valeriana et Castoreo) ist ein brausendes Bromsalz. Enthält Baldrian und Castoreum und besitzt die Wirkungen der Komponenten. Man gibt zwei- bis dreimal täglich ½—1 Meßglas voll. 1 Meßglas (6·0) entspricht 25 g Erlenmeyerscher Brommischung, 12 Tropfen Tinct. Castor. cand. und 20 Tropfen Tinct. Valerian.

Yanatas, ein Mittel gegen die Seekrankheit, besteht nach Binz im wesentlichen aus einer rot gefärbten 1%igen wässerigen Chloralhydratlösung. Daß mäßige Gaben Chloralhydrat bei Seekrankheit nützen, ist schon seit lange bekannt. Das Mittel beruhigt und erweitert die Gefäße des Gehirns. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

Zimmtsäuremetakresolester (Cinnamyl-m-Kreosol) ist identisch mit „Hetokresol" und wird aus m-Kresol und Zimmtsäure, Toluol und Phosphoroxychlorid dargestellt. Die dadurch erhaltenen

Kristalle sind in Wasser unlöslich, jedoch in heißem Alkohol, Aether, Benzol, Chloroform und Eisessig löslich. Das Präparat ist ungiftig. Anwendung: Chirurgische Behandlung der Tuberkulose.

Zyminstäbchen sollen die Anwendung der Dauerhefe (Zymin) als Antigonorrhoikum in der Frauenpraxis sehr erleichtern. Die Stäbchen bestehen aus 40% Zymin, 40% Rohrzucker und 20% wasserlöslichem indifferenten Konstituens.

b) Sero- und organotherapeutische etc. Präparate.

Antiglukosine ist das saure Extrakt der Schleimhaut des Zwölffingerdarms, bildet eine dicke, hellbraune Flüssigkeit, welche eine die Pankreasdrüse anregende Wirkung besitzt und gegen Zuckerkrankheit Anwendung finden soll.

Diasyme heißt eine Flüssigkeit, die in der Hauptsache das amylolytische Ferment der Bauchspeicheldrüse enthält.

Heilmittel gegen Eklampsie. Zusammensetzung: Sera von Tieren, die entweder direkt mit Aufschwemmungen von frischen oder getrockneten Plazenten eklamptischer Individuen oder mit wässerigen, bezw. alkalischen oder schwach sauren Auszügen gleicher Plazenten vorbehandelt worden sind. Anwendung: Entweder direkt oder nach geeigneter Verarbeitung.

Heilserum gegen Genickstarre. Wird aus dem Serum von Pferden gewonnen, welche intravenös mit lebenden Meningokokkenkulturen behandelt worden sind. Anwendung: Gegen Genickstarre eine einmalige Injektion von 10 cm^3 des Serums. — (Riedels Ber.)

Leprine. Zusammensetzung: Eine dem Tuberkulin entsprechende Glyzerinemulsion aus Kulturen des Bazillus Hausen. Findet gegen Lepra Anwendung. Dosis: 10 cm^3 unter die Haut.

Ophthalmol. Zusammensetzung: Ein aus der Drüsensubstanz eines Fisches, Cobitis fossilis, durch Extraktion gewonnenes Produkt, welches destilliert und nach dem Destillieren mit 10 Teilen Süßmandelöl kombiniert und sterilisiert wird. Findet Anwendung gegen Granulose. — (Riedels Ber.)

Oxypepsin. Aus Kulturen vom Sputum hochfiebernder Schwindsüchtiger, durch Oxydation mit Wasserstoffsuperoxyd hergestelltes Präparat. Gegen Tuberkulose, subkutan bis 20 cm^3.

Staphylase Doyen ist ein Antistreptokokkenserum, das auch als Staphylase bromurée, granulée und jodurée im Verkehr erscheint.

Tannosplenoferrin. Entsteht, wenn getrocknete und gepulverte Rindermilz einige Stunden mit Wasser mazeriert und dann das Filtrat mit Tannin behandelt wird. Krümliges, rostbraunes Pulver.

Tetanusantitoxin wird in fester und flüssiger Form angewendet. Trockenes Tetanusantitoxin gegen schon ausgebrochenen Tetanus, flüssiges zur prophylaktischen Behandlung.

Thyroidpulver (der Firma Armour & Comp. Ltd. in Hamburg) stellt die von Fett befreite, gereinigte, getrocknete und gepulverte Schilddrüse des Schafes dar und ist das offizinelle Produkt der amerikanischen Pharmakopoe. Ein Teil ist demnach dem fünffachen Gewicht der frischen Drüse äquivalent. Durch Verwendung nur ausgesuchter, gesunder Drüsen und Verarbeitung derselben unmittelbar nach ihrer Entfernung aus dem Tierkörper ist eine Zersetzung oder Abschwächung von vornherein vermieden. — (Pharm. Ztg. Nr. 8, 1907.)

Tuberkel-Protein heißt ein aus den Tuberkelbazillen mittels Wasserstoffsuperoxyd gewonnenes Präparat, das Anwendung findet zur Erreichung einer hochgradigen Immunität.

Tuberkulin Denys. Zusammensetzung: Eine durch eine Porzellankerze filtrierte, glyzerinhaltige Kulturbouillon, in der menschliche Tuberkelbazillen gezüchtet worden waren. Kommt unverdünnt und verdünnt in den Handel. Anwendung: Wie Kochs Tuberkulin. — (Riedels Ber.)

Tuberkulose-Antitoxin. Marigliano. Pulverisiertes Coagulum des Blutes immunisierter Tiere. In täglichen Dosen von 4 g per os gegen Tuberkulose.

Alttuberkulin bei stomachaler und inhalatorischer Darreichung.

Das Alttuberkulin ist nach den Feststellungen von E. Huß (Eisenbahnheilstätte Stadtwald in Melsungen) bei stomachaler Darreichung in Tropfenform selbst in größten Dosen gänzlich unwirksam. Die Inhalation von Alttuberkulin führt zwar zu typischen Allgemein- und Lokalreaktionen, ist aber hinsichtlich der Dosierbarkeit viel unzuverlässiger als die subkutane Einverleibung. Für therapeutische Zwecke kommt daher weder die stomachale noch die inhalatorische Anwendung des Alttuberkulins in Betracht. (Beitr. z. Klin. d. Tb. Nr. 1, 1907.) Die Angabe von Huß findet eine Bestätigung durch eine Arbeit von Löwenstein, der ebenfalls das Alttuberkulin bei stomachaler Darreichung unwirksam fand. — (Zeitschr. f. Tb. Nr. 4, 1907.)

c) Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel.

Haemo-Lecithintabletten. Zusammensetzung: Tabletten, deren jede neben Bluteisen, entsprechend einem Teelöffel Blut, noch 0·1% reines Lecithin enthält.

Haemo-Phosphintabletten. Zusammensetzung: Mit Hilfe von Schokolade hergestellte Tabletten, deren jede das einem Teelöffel Blut und Phosphorsäure in organischer Bindung entsprechende natürliche Bluteisen enthält.

Hämostogen Löffler. Zusammensetzung: Ein Blutpräparat, in dem die Eiweißkörper des Blutes einer Vorverdauung unterzogen sind. Es soll auch Glycerophosphate enthalten. Anwendung: Gegen Anämie, Skrofulose etc.

Hensels Tonicum. Zusammensetzung: Gleiche Aequivalente gelöstes schwefelsaures Eisenoxydul und schwefelsaures Eisenoxyd werden mit vier Aequivalenten gelösten ameisensauren Kalks versetzt und mit Wasser verdünnt, so daß 650 g der Lösung 10 g metallisches Eisen enthalten. Hiezu werden noch 80 g Acid. acet. glaciale, 300 g Alkohol und 10 g Aether acetic. gemischt. Anwendung: Als Tonikum und Roborans. — (Riedels Ber.)

Juglandine Ferronie. Zusammensetzung: Eine angeblich aus Juglans regia, Quassia, China und Citrus Aurantium bereitete Flüssigkeit, welche Jod, Glyzerinphosphorsäure sowie Eisen enthält. Anwendung: Bei Blutarmut u. dgl.

Koladiastatin. Zusammensetzung: Ein in Pastillenform in den Handel kommendes, aus Kolaextrakt und Diastatin bestehendes Präparat. Anwendung: Als allgemeines Tonikum. Jede Pastille enthält 0·01 g Koffein.

Liquor hypophosphitium compositus. Zusammensetzung: 8·5 g Kalzium-, 8·5 g Kalium- und 2·2 g Natriumhypophosphit in 300 cm³ Wasser gelöst, werden mit einer Lösung von 4·4 g Eisen-, 2·2 g Mangan- und 2·2 g Chininhypophosphit in 350 cm³ Wasser unter Zufügung von 6 cm³ unterphosphoriger Säure gemischt. Nach Vereinigung der beiden Lösungen werden 35 cm³ Orangenblütenwasser, 250 cm³ Glyzerin und Wasser bis zu einem Liter zugegeben. Anwendung: Als Tonikum und allgemeines Kräftigungsmittel. — (Riedels Ber.)

Nervoform-Pillen enthalten in je 100 Stück 2 g Chininlaktat, 2 g Eisenlaktat, 10 g Milchzucker, 0·3 g Vanillin und 3 g Glyzerin und finden Anwendung als Roborans.

Pararegulin enthält neben Paraffinum liquidum zirka 10% Cascaraextrakt. Wird in dunkel gefärbten Kapseln à 0·3 g in den Handel gebracht und dient zur Unterstützung des Regulins.

Roborin. Calcium hämalbuminatum. Enthält 80% Eiweiß, 4% Calcium, 0·5% Eisenoxyd (als Hämoglobin) und 0·1% Phosphor (dem Rinderblut entstammend). Im Handel als Tabletten, Pillen, Dragées.

Tanninum albuminatum ist eine Verbindung von Eiweiß mit 40% Tannin. Wirkung wie Tannin. Dosis 0·06 bis 1·2 g.

Tao. Ein Nährmittel für Lungenkranke, ist zusammengesetzt aus 2·38% Lecithin, 90·48% Protein, 5% Perubalsam, 1·96% Bikaliumphosphat und 0·175% Kochsalz und bildet eine feste Emulsion, welche in Form von Waffeln — Tao-Waffeln — gegeben wird.

Torosan ist ein Guajakol enthaltendes Blutpräparat, welches den Magen unzersetzt passiert und erst im alkalischen Darmsaft gelöst und resorbiert wird. Dient zur inneren Darreichung bei Tuberkulose.

d) Mittel für äußerlichen Gebrauch.

Ramin ist eine Lösung von 10 g Natriumchlorid, 10 cm³ Branntwein, 30 g Salmiakgeist und 0·25 g Kampfer in einem halben Liter Flüssigkeit. Wird äußerlich gegen Gicht, Rheumatismus u. dgl. gegeben.

Rheumasol (Petrovasolum salicylatum) besteht aus 80 Teilen Vasol und je 10 Teilen Petrosulfol und Salizylsäure. Es hat sich bei Exsudaten als gutes Resorbens, ferner bei Lymphdrüsenschwellungen, bei rheumatischen Erkrankungen und Neuralgien, bei Ischias, Lumbago u. s. w. in Form von Kompressen, Einreibungen und Einpinselungen als wirksam erwiesen. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

Russol. Flüssigkeit, welche Salizylsäuremethylester, Capsicin, Colchicin, Chloroform und Senfspiritus enthält. Zum Einreiben gegen Gicht und Rheumatismus.

Salusol soll ein lösliches aromatisches Destillat von Alkylacetaten, antiseptischen flüchtigen Oelen in Form eines Essigätherspiritus sein. Eine 1%ige Lösung soll das Wachstum von Typhusbakterien, eine 2%ige Lösung deren Keime töten und eine 3%ige Lösung Eiterbakterien abtöten. Anwendung ist innerlich für Erwachsene 1—4 Eßlöffel täglich, für Kinder ¼—1 Teelöffel in einem Weinglas Wasser. Aeußerlich als Einreibung oder mit Wasser verdünnt als Kompresse bei Hautkrankheiten, Krätze, Rheumatismus u.s.w. Als Gurgelwasser und als Einspritzung gegen Hämorrhoiden, sowie in Tampons bei Scheiden- und Gebärmutterleiden. — (Ber. v. Gehe.)

Sapo Hydrargyri cinereus. Eine aus Kalilauge und Schweinefett dargestellte, mit 5% Adeps benzoatus überfettete Seife, welcher ein Drittel ihres Gewichtes an Quecksilber beigefügt wurde. Gebrauch bei Schmierkuren statt Ung. Hydrargyri ciner. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

Sapo Thiosinamini. Nach Unnas Angaben mit überfetteter Kaliseife hergestellt. Anwendung nach ärztlicher Verordnung zur Behandlung von Narben u. s. w.

Sapocresol. Gemenge von Seifenlösung mit Rohkresol; klar löslich in Wasser. Desinfektionsmittel und Antiseptikum. Anwendung in 3—5%iger Lösung.

Sapocresolin. Braunschwarze, ölige Flüssigkeit, dem Lysol ähnlich. Mit Wasser emulsionsartige, milchige Mischung gebend. Kreolinersatz.

Sapodermin. Seife aus Quecksilbercaseïnat. Findet Anwendung in der dermatologischen Praxis.

Scabiol, das als neues Antiscabiosum in den Handel gebracht wird, ist eine rotbraune, geruchlose Flüssigkeit von Wasserkonsistenz und enthält als hauptsächlichste Bestandteile 20% Styrax, Spiritus und Seife.

Servatolmarmorseife besteht aus einer neutralen, eingedickten Kaliseife mit 55% feinkörnigem Marmorpulver und 2% Quecksilberoxycyanid.

Septoforma. Kondensationsprodukte des Formaldehyds mit Gliedern der Terpen-, Naphthalin- und Phenolgruppe, in einer alkoholischen Lösung von Leinölseife gelöst, bilden das als Antiseptikum empfohlene Septoforma. Es ist nicht ätzend oder reizend; seine desinfizierende Wirkung soll groß sein. Man empfiehlt es in 1—2%iger wässeriger Lösung zu Ausspülungen, in 3%iger für die Wundbehandlung. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

Sozalum. Paraphenolsulfonsaures Aluminium. Leicht löslich in Alkohol, Wasser und Glyzerin. Antiseptikum und Styptikum (1%ige Lösung).

Sphagnol, Corba-Oel (Sphagnum = ein Moos), Destillationsprodukt des Torfmoors, Desinfiziens bei Hautkrankheiten. Sphagnolum grave, mit Paraffinen, Sphagnolum turbidum, von den Paraffinen befreit.

Steriformium chloratum und jodatum. Mischungen von Formaldehyd, Pepsin, Milchzucker und Ammoniumchlorid bezw -jodid. Antiseptika.

Styli resinosi. Unnas Harzstifte

aus Kolophonium und Wachs bestehend, dienen zur Entfernung von Haaren.

Styli spirituosi. Unnas Alkoholstifte, aus 6 g Natr. stearinic., 2·5 g Glyzerin und Spiritus absolut. ad 100 g bestehend. In Zinntuben im Handel. Zur Hautdesinfektion bei Hautkrankheiten.

Styrosapon ist neutrale Kaliseife mit 25% Styrolin; wird gegen Scabies angewendet.

Sudoformal ist eine weiche Formalinseife mit 10 resp. 40% Formalin, die gegen Fußschweiß, Seborrhoe und Haarausfall resp. zur Desinfektion von Körperteilen, Instrumenten und Gefäßen Anwendung findet.

Sulfaminolum. Thioxydiphenylamin. Unlöslich in Wasser, leicht löslich in Alkohol und Alkalien. Antiseptikum. Jodoformersatz.

Sulfogenol heißt ein dem Ichthyol sehr ähnliches, schwefelreiches Präparat, welches wie Ichthyol angewandt wird. — (Lüdy & Co., Burgdorf, Schweiz.)

Sulfur jodatum. Jodschwefel mit 80% Jod. Löslich in Schwefel-Kohlenstoff. Aeußerlich als Antiseptikum gegen Psoriasis, Ekzem in Salbenform. 5—10%ig.

Sulfuraria. Ein hauptsächlich aus Schwefel und Kaliumsalzen bestehendes gelbes Pulver, das aus den Schwefelthermen von San Filoppo angeschwemmt wird. Es soll bei verschiedenen Hautkrankheiten sowohl in trockenem Zustande als auch als wässeriger Brei oder als Salbe Anwendung finden. — (Ber. von Brückner, Lampe.)

Tamaquaré (Tamacoare, Tamaquary) ist eine Flüssigkeit, die von einer brasilianischen Munispermee gewonnen werden soll. Anwendung in der Augenheilkunde als Salbe mit gelber Vaseline hergestellt, und zwar als Ungt. Tamaquaré concentratum (10%), Ungt. Tamaquaré fortius (6%) und Ungt. Tamaquaré mitius (3%).

Theyolip-Salbe ist nach Kochs eine mittels Wollfett hergestellte, etwa 1·36% Schwefel enthaltende Salbe.

Thiol-Wismut. Graubraunes Pulver mit 20 bis 21% Wismut. Löslich in Wasser. Austrocknendes, epithelbildendes Mittel gegen Hautleiden.

Thiosinaminsalbenstifte. Mit überfetteter Natron-Kaliseife hergestellte Thiosinaminstifte. Anwendung: Gegen Narben etc.

Tusconsalbenpflaster enthält ein Extrakt aus Belladonna, Thymian, Kamillen und Eukalyptus. Anwendung: Gegen Keuchhusten.

Ungrol ist ein Prophylaktikum gegen Gonorrhoe und Syphilis. Es besteht aus Glyzeringelatine mit Sublamin, welch letzteres vor Sublimat den Vorzug einer größeren Tiefenwirkung bei völliger Reizlosigkeit besitzt. Das Präparat kommt in praktischen Zinntuben mit Kanüle in den Handel.

Valsol. Eine Salbengrundlage, die ein Gemisch von Kohlenwasserstoffen sein soll, die mit Sauerstoff imprägniert sind. Das Präparat soll sich leicht mit Wasser emulgieren und ein gutes Lösungsmittel für Jod, Jodoform, Ichthyol, Thiol u. s. w. bilden.

Vaselinum adustum saponatum. Brenzliches Produkt aus Vaseline und stearinsaurem Natron. Ersatz für Naftalan.

Vasogenpräparate sind:

Camphrosol = Vasogen. camphor. chloroform.

Créasotosol = Vasogen. creosotat. 20%.

Ichthyosol = Vasogen. ichthyol. 10%.

Jodoformosol = Vasogen. jodoform. 3%.

Jodosol = Vasogen. jodat. 6%.

Salicyosol = Vasogen. salicyl. 10%.

Vasothion ist ein 10% Schwefel enthaltendes geschwefeltes Vasogen. Gegen Ekzem.

Velosan. Gelbe, haltbare Salbe aus Fetron, Salizylsäure und Salol bestehend. Indikationsgebiet bei rheumatischen Erkrankungen, ferner Desodorans bei übelriechenden Schweißen.

Vulneral. Wundsalbe, aus Borsäure, Aluminiumacetat, Zinkoxyd, Myrrhe, Vaseline und Lanolin bestehend.

Wismol, welches als Ersatz für Jodoform bei der Wundbehandlung empfohlen wurde, bezeichnet der Fabrikant als „Magneso-Bismutum oxygeniens“. Es soll 25% Wismutoxyd enthalten und ein alkalisch reagierendes, gelblichweißes, sehr feines,

leichtes Pulver darstellen. In den gewöhnlichen Lösungsmitteln unlöslich, ist Wismol völlig geruchlos und geschmacklos, dabei absolut ungiftig. Seiner Wirkung nach soll das „oxygenierende“ Wismol ein gutes Antiseptikum sein und austrocknend auf die Wundflächen wirken. — (Ber. v. Brückner, Lampe.)

3. Rezeptformeln.

Obstipatio.

1. Rp. Podophyllini 0·4
Extr. Rhei, Extr. Aloës āā 3·0
Pulv. et extr. liquir. q. s. ut f. pil. Nr. XL
D. S. Abends ein bis zwei Pillen zu nehmen. — (Schroetter.)

2. Rp. Podophyllini, Extr. Bellad. āā 0·3
Pulv. rad. Liquirit. 5·0
Extr. Rhei comp. 4·0
M. f. pil. Nr. L. Consp. Lycopod.
D. S. Dreimal täglich zwei Pillen zu nehmen.

3. Rp. Folior. Sennae 15·0
Rhizom. Zingiberis 2·0
inf. aq. ferv. q. s. ut Colat. sit 150·0
in aqua solve
Natr. sulfur., Syr. simpl. āā 20·0
M. D. S. Ein- bis zweistündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

Nephritis.

Rp. Fol. Menth. pip., Rhizom. Calami āā 30·0
Fruct. Juniperi 15·0
Fol. Sennae 12·0
Conc. cont. M. f. species
D. S. Zum Tee. — (Frerichs.)

Cystitis.

Rp. Lupulini puri 1·0
Morph. mur. 0·05
Sacch. alb. 3·0
M. f. p.
Div. in dos. aeq. Nr. VIII
D. S. Drei bis fünf Pulver täglich.

Ekzem, Prurigo, Skabies, Erysipel.

Rp. Thigenoli 4·0
Zinc. oxyd., Amyli āā 3·0
Glycerin., Aq. dest. āā 1·0
Ungt. Glycerini 8·0
M. f. pasta.
D. S. Aeußerlich. Thigenolpasta. — (Jaquet.)

Salolmundwasser.

Rp. Ol. Menth. pip. 5·0
Caryophyll., Cort. Cinnamom. zeyl., Tinct. Anisi stellat. āā 10·0
Spirit. 1000·0
Coccinell. pulv. 5·0
Digere per dies VIII
Liquori filtrato adde
Saloli 25·0
D. S. Ein Teelöffel voll einem Glas Wasser zuzusetzen. — (Sahli.)

Vinum Diuretikum bei Vitium cordis und Nephritis granulosa.

Rp. Fol. digit. pulv. 10·0
Bulb. Scill. conc. 20·0
Seminum. Ros. canin., Fruct. Juniperi āā 30·0
M. f. species
D. S. Mit einem Liter Weißwein zwei Tage lang zu mazerieren. Zweimal täglich ein Eßlöffel voll. — (Gerhardt.)

4. Varia.

Neue Narkoseart.

Fritz Bovet hat auf Anregung von Prof. Dumont (Bern) eine neue Narkoseart, bestehend in der Kombination des Hedonal mit dem Aether näher studiert und auf ihren praktischen Nutzen geprüft. Er berichtet darüber in seiner Dissertation (Bern 1906) und kommt zu folgenden Schlußsätzen: 1. Die Hedonal-Aethernarkose ist eine sehr brauchbare Narkose und hat sich besonders bei nervösen Patienten bewährt. 2. Sie hebt das Exzitationsstadium auf, oder reduziert es auf

ein Minimum. 3. Die Narkose tritt rascher ein als bei reiner Aethernarkose; der Aetherverbrauch ist geringer. 4. Erbrechen ist häufiger als bei reiner Aethernarkose. 5. Die Hedonaldosen sollen beim Erwachsenen zwischen 2·0—3·0 liegen. 6. Bei Nierenkranken und Schwangeren soll diese Narkose nicht angewendet werden. — Das Hedonal wurde gewöhnlich eine Stunde vor Verabreichung des Aethers am besten in Oblaten gegeben. Die Vorbereitungen zur Narkose waren die gewöhnlichen. Die besten Narkosen waren diejenigen, bei denen die Patienten eine Stunde nach Hedonaleinnahme im Bett narkotisiert wurden.

Bücher-Anzeigen.*)

Physikalische Therapie der Erkrankungen der Verdauungsorgane. Bearbeitet von Dr. B. Buxbaum, Assistent des Hofrates Prof. Winternitz und ord. Arzt an der Fango- und Wasserheilanstalt in Wien. Physikalische Therapie in Einzeldarstellungen. 12 Hefte. Stuttgart 1906. Verlag von Ferdinand Enke.

In klarer, höchst übersichtsvoller Weise enthält vorliegendes Werk eine ausführliche Besprechung der physikalisch-diätetischen Therapie sämtlicher Erkrankungen des Magendarmtraktus. Unter Heranziehung der ganzen neuen Literatur finden alle sich oft widersprechenden Theorien der maßgebenden Autoren Berücksichtigung. In einem kurzen Vorwort spricht sich Vf. im allgemeinen über die Bedeutung der physikalischen Therapie bei den Magendarmerkrankungen aus, um dann ausführlich ihre Grundzüge bei jeder speziellen Erkrankung dieser Organe zu entwickeln. Unter allen Umständen ist eine genaue Prüfung der subjektiven und objektiven Verdauungsstörung vorzunehmen und diese als Beweis für eine Ernährungstherapie zu betrachten. Neben Diätkuren sind Trinkkuren in der Behandlung der Erkrankungen der Verdauungsorgane eine geschätzte Beihilfe und wenn auch diesen beiden Heilmethoden nicht der gleiche Rang eingeräumt werden kann, so ist doch ihr Zusammenwirken zweifellos von großem Nutzen begleitet. Wichtig ist des Vfs. Hinweis, daß Diät und Trinkkur nur vom Standpunkt der Erkrankung festgestellt und nicht in ein gegenseitiges Abhängigkeitsverhältnis gestellt werden dürfen. Nicht der Genuß des Brunnens, sondern die Erkrankung erfordert eine bestimmte Diät. Eingehend sind nur jene Erkrankungen besprochen worden, bei welchen hauptsächlich physikalische Behandlung indiziert ist, während diejenigen Krankheitsformen, die eine rein chirurgische Therapie erfordern, nicht berücksichtigt worden sind, da die Behandlung einzelner Symptome aus den bei anderen Erkrankungen angeführten Methoden deutlich genug hervorgeht. Nicht nur dem Spezialisten für Magen- und Stoffwechselerkrankungen, sondern auch dem praktischen Arzte kann vorliegendes Werk als übersichtliches Nachschlagebuch für die Behandlung von Erkrankungen des Magendarmkanals warm empfohlen werden. Dr. M. Jacoby, Mannheim.

Gynaecologica Helvetica. Von O. Beuttner, Genf. VI. Jahrgang 1906. Genf 1906. Verlag von Henry Kündig.

Von den bisherigen Jahrgängen unterscheidet sich der sechste durch Beifügung der Berichte der geb.-gyn. Gesellschaft der Westschweiz. Besonders ausführlich sind behandelt die Erkrankungen der Säuglinge, die künstliche Ernährung der gesunden und kranken Säuglinge, wie die Beziehungen zwischen Lungentuberkulose und Schwangerschaft. In dem Kapitel „Ausländische Literatur" sind die hauptsächlichsten Arbeiten der deutschen Forscher, zum Teil auch die französische Speziallitcratur besprochen worden. Würdig reiht sich dieser Jahrgang an die vorhergehenden; sämtliche Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie werden in den zahlreichen Arbeiten behandelt, so daß wir mit Beuttner „auf die im Jahre 1905 von Schweizer Aerzten geleistete Arbeit stolz sein können".

Max Jacoby, Mannheim.

---

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

The operative treatment of fractures. Von W. A. Lane. London 1905. The medical publishing company Limited. 144 Seiten, 103 Figuren. Preis 7.50 Mark.

Auf Grund anatomischer Studien nimmt Vf. an, daß die Ergebnisse der bisher üblichen Behandlung der Knochenbrüche in Bezug auf Wiederherstellung der Funktionen sehr mangelhaft seien, und daß an den der Frakturstelle benachbarten Gelenken erhebliche Veränderungen eintreten. L. schlägt deshalb vor, wie er dies seit Jahren tut, daß man die Frakturbehandlung ganz ändere und empfiehlt die Knochennaht bei jeder diagnostizierten Fraktur als die einzig richtige und mögliche Heilmethode. Vf. berichtet über glänzende Heilergebnisse, die er seit 13 Jahren mit der operativen Frakturbehandlung erzielt hat, und beweist seine Ergebnisse durch eine große Anzahl von Durchleuchtungsbildern; leider hat aber Vf. versäumt, darauf zu achten, daß die vor und nach der Behandlung aufgenommenen Bilder immer in demselben Durchmesser gefertigt wurden, aber nur so kann man objektiv die Bilder vergleichen. Peinlichste Asepsis ist natürlich conditio sine qua non, als Nahtmaterial benutzt L. je nach Lage des Falles Schrauben, Draht und Klammern.

Klar, München.

Kompendium der Arzneiverordnung. Von O. Liebreich und A. Langaard. Sechste, vollständig umgearbeitete Auflage. Berlin 1907. Fischers medizinische Buchhandlung H. Kornfeld. 899 Seiten. Preis 15 Mark.

In der vorliegenden Auflage haben die in den letzten fünf Jahren neu empfohlenen Mittel eine ausführliche Berücksichtigung gefunden. Die Anordnung des Stoffes ist die gleiche geblieben wie früher. Der Angabe der Darstellung, Zusammensetzung und Eigenschaften der arzneilichen Substanz folgt die Besprechung der Wirkung und Anwendung, daran schließt sich die Dosierung, die Angabe offizineller Präparate und eine Auswahl von bewährten Rezeptformeln. Im ganzen enthält das Buch 1883 arzneiliche Vorschriften, wobei neben der deutschen Pharmakopöe Ed. IV. auch die neu erschienene österreichische, ferner noch die französische, englische und die der Vereinigten Staaten verwertet wurden. Außer den neueren Arzneimitteln findet der Praktiker eine Reihe früher geschätzter, dann mit Unrecht verdrängter Drogen und Heilmittel wieder. Doch wäre die Anführung des Preises, den wir auch diesmal vermissen, bei einer Neuauflage zu berücksichtigen. Ein gutes Sach- und Krankheitsregister erhöht die Verwendbarkeit des Buches, das jedem Arzt als wertvoller Berater empfohlen werden kann.

F. Perutz, München.

Serologische Studien auf dem Gebiete der experimentellen Therapie. Von Wolfgang Weichardt. Mit 98 Kurven. Stuttgart 1906. Verlag von Ferdinand Enke.

Weichardt stellt in dem Heftchen die Ergebnisse seiner teilweise bereits anderweitig veröffentlichten Arbeiten über serologische Fragen, besonders über Ermüdungstoxine, in ansprechender Form zusammen.

M. Kaufmann, Mannheim

Die Basedowsche Krankheit. Von P. J. Möbius. Zweite vermehrte Auflage. Wien 1906. Verlag von Alfred Hölder.

„Die Basedowsche Krankheit“ von Möbius erscheint hier in zweiter und vermehrter Auflage. Eine Riesenliteratur (das Register umfaßt 1281 Nummern!) ist hier mit einem Schatz eigener Erfahrung innig verarbeitet zu einem Werke, das mit reichstem Inhalt knappe und doch gefällige Darstellung verbindet. Seine Lektüre läßt uns auf jeder Seite bedauern, daß den Autor ein so früher Tod aus seinem Schaffen herausgerissen hat.

M. Kaufmann, Mannheim.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Zur Tabestherapie.

Von Dr. **B. Buxbaum**, poliklinischer Assistent des Hofrates Prof. W. Winternitz.

In einer seiner zahlreichen zusammenfassenden Arbeiten über Tabes sagt Möbius: „Vor 30 Jahren noch war die Aetiologie der Tabes das Aschenbrödel, aber es ist gut, daß es anders geworden ist." Möbius war einer der ersten und eifrigsten Verfechter der Syphilis als Aetiologie der Tabes und mit Stolz und Behagen verzeichnet er jede Arbeit, die seine Ansicht vertritt und teilt: „In der Aetiologie geht es langsam vorwärts, d. h. das Häuflein Gegner, das nichts von der Syphilis als Ursache der Tabes wissen wollte, wird immer kleiner", ruft er in einem anderen Referate den Zweiflern und Zaghaften zu und nennt die Namen: Babinski, Brissaud, Dupré, Raymond etc., die die Zahl der Anhänger vergrößern.

Wenn man die Arbeiten der letzten Jahrzehnte über Tabes dorsalis mustert, so scheint es tatsächlich, als ob die einzige Sorge aller Autoren die Aetiologie sei und die meisten Arbeiten klingen in einer prozentuellen Berechnung über das Verhältnis der Tabes zur Syphilis aus. Ich hebe aus der Unzahl der diesbezüglichen Arbeiten nur einige heraus: Gowers (British med. Journ., Juli 1905) bezeichnet die Syphilis als „conditio sine qua non"; Lesser (Berl. klin. Wochenschr., XLI, Nr. 4) berichtet über die Sektionsbefunde und teilt mit, daß er bei 96 Tabesleichen 27mal Lues gefunden hat; Rosenbach (Ther. Monatsh., XIX, Nr. 3), Schittenhelm (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., XXIV, 6 u. 7), Determann finden 83—80 sichere Syphilis unter 138 resp. 111 Todesfällen. Erb (Berl. klin. Wochenschr., XLI, Nr. 4) hat unter 1100 Fällen 89·4% mit zugegebener Lues gefunden. Fischler (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., XXVIII, Nr. 5 u. 6), Gläser (Fortschr. d. Med., XXII, Nr. 12 u. 13), Guszmann (Monatsh. f. prakt. Dermatologie, XXXIX, Nr. 12 u. XL, Nr. 1), Hartmann (Münch. med. Wochenschr., L, Nr. 51), Hirschfelder (Cal. Stat. journ. of Med., III, Nr. 4), sie alle traten mit größeren und kleineren Statistiken für die Lues als Ursache der Tabes ein.

Das „Aschenbrödel" ist nun so stark zur Herrschaft gelangt, daß andere ätiologische Faktoren zu „Hilfsursachen" geworden sind, wie dies namentlich in den Arbeiten Schittenhelms (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., XXIV) und Hödlmosers (Tabes und Syphilis in Bosnien und der Herzegowina. Wien. klin. Rundsch., XVIII, Nr. 13, 14, 15) hervorgehoben wird. Hödlmoser zeigt, daß in Bosnien und der Herzegowina trotz vieler Syphilis die Tabes selten ist und stellt die These auf, daß Lues ein prädisponierendes Moment für die Entstehung der Tabes sei, daß aber in Bosnien und der Herzegowina wenig Kopfarbeit verrichtet und wenig Alkohol konsumiert werde und deshalb die Tabes seltener sei.

Welche Erfolge hat nun die Therapie all diesen Forschungen und Berechnungen zu verdanken?

Noch in den Neunzigerjahren des vorigen Jahrhunderts finden wir an der Spitze der Ausführungen über die Therapie der Tabes in sehr verbreiteten Lehrbüchern einen Ausspruch Rombergs, der über alle Tabiker den Stab bricht: „Keinem Tabiker leuchtet die Hoffnung auf Genesung." Seit dieser Zeit sind wir in der Erforschung der Aetiologie, wie die zitierten Mitteilungen ergeben, weiter gekommen, die Prognose wird aber gerade seitens derjenigen Autoren, die die ätiologischen Forschungen in Triumphgesängen

verkünden, nicht um vieles rosiger und hoffnungsfreudiger geschildert.

„Wir sind in der Erkenntnis der Krankheit, ihres Wesens und ihrer Ursachen weit vorgeschritten, haben eine große Anzahl von neueren therapeutischen Hilfsmitteln und Verfahren bei ihr versucht, aber der resignierte Ausspruch Rombergs ist nicht widerlegt, „die Prognose der Tabes ist nicht viel besser geworden" sagt Erb (Deutsche Klinik, 1905, Bd. VI, 1. Abt. 144.—154. Lieferung), und er fügt an anderer Stelle hinzu: „Es ist der eifrigsten klinischen Forschung und den ungezählten therapeutischen Versuchen bisher nicht gelungen, erhebliche Heilerfolge zu erzielen, sicher wirkende Behandlungsmethoden zu finden und damit das Los der unglücklichen Tabiker zu einem wesentlich besseren zu gestalten."

Die Worte Erbs sind allzu wahr. Wir sind in den Fällen, in denen viele Nervenelemente degeneriert und zerstört sind, in unseren Hoffnungen auf große Erfolge tief herabgestimmt. Aber gerade deshalb sollte die Hydrotherapie, ein bisher in der allgemeinen Praxis noch wenig angewandtes und nur selten „mitgezähltes therapeutisches Verfahren", mehr Verbreitung finden, weil sie Erfolge sichert, wo selbst die wiederholt durchgeführte antiluetische Behandlung resultatlos blieb.

Ueber die Wirkungsart der Hydrotherapie hat Winternitz folgende Auffassung: „Außer dem wahrscheinlich adäquaten Reiz auf die peripherischen sensiblen Nervenendigungen, den das laue Wasser ausübt, und von welchem aus wahrscheinlich mäßige, nicht erschöpfende Innervationsimpulse dem Zentrum zugeleitet werden, ist es eine direkte Veränderung der Ernährungsbedingungen im Zentralorgan, die solche nicht überreizende, die Vasomotoren in erhöhte Tätigkeit versetzende, thermische Einwirkungen hervorrufen. Es dürfte diese günstige Ernährungsveränderung im Zentralorgan etwa in folgender Weise zustande kommen.

Bekanntlich sind es selten aktive Prozesse, die als anatomische Grundlage der Rückenmarkserkrankungen zu betrachten sind. Nur in den allerersten Anfangsstadien dieser Erkrankungen, oft vielleicht selbst dann nicht, spielt die Hyperämie im Zentralorgan eine bedeutendere Rolle. Eine viel hervorragendere Beachtung muß bei Erkrankungen des Zentralnervensystems der Anämie, der geringen Vaskularisation, der Gefäßkompression durch interstitielles Exsudat, der Quellung der Neuroglia, der Bindegewebswucherung, der Durchfeuchtung des Gewebes zugeschrieben werden. Alle diese Momente bewirken Gefäßkompression und Anämie der erkrankten Partie. Bindegewebswucherung, Verfettung, Atrophie sind die Folgen von Entzündungsvorgängen bei gehemmter unvollkommener Zirkulation, bei Anämie des entzündeten Gewebes.

Ist man nun in der Lage, dem erkrankten Teil Blut in vermehrtem Maße und dauernd zuzuführen, so wird man der Kardinalindikation am besten entsprechen, die günstigste Bedingung für Beseitigung der Ernährungsstörungen gesetzt zu haben. In der Therapie der chronischen Rückenmarkserkrankungen handelt es sich im Gegensatz zu vielen Entzündungen in anderen Organen nicht um Verminderung, sondern gerade um Vermehrung der Blutzufuhr zu dem erkrankten Organ, um Beschleunigung der Zirkulation in demselben."

Was Winternitz hier ausführt, ist nichts anderes als die Verwertung der Hyperämie als Heilmittel in der Therapie der Tabes.

Wenn wir in der Literatur der letzten Jahre Umschau halten, so scheint es, als ob jetzt die Hyperämie das wertvollste Mittel in der Therapie der meisten akuten und chronischen Erkrankungen geworden wäre. Daß die Hyperämie tatsächlich von großer therapeutischer Wichtigkeit ist, bedarf wohl keines Beweises; für die uns hier interessierende Erkrankung hat aber Winternitz schon in den Siebzigerjahren den Beweis erbracht und aus seinen Ausführungen in der ersten Auflage seiner „Hydrotherapie" 1877 geht klar und deutlich hervor, wie wichtig es ist,

den Blutzufluß zum Rückenmark zu fördern.

Noch prägnanter äußert sich hierüber Winternitz in der „Hydrotherapie“ in v. Ziemssens Handbuch der allgemeinen Therapie, II. Bd., III. Teil, im Jahre 1881. In einem klassischen Kapitel „Die Fluxion als Heilmittel“, das für die erst jetzt als allgemein giltigen Anschauungen über den Wert der Hyperämie grundlegend bezeichnet werden kann, zeigt er, wie die absichtlich hervorgerufene Hyperämisierung, Fluxion zu bestimmten Organen bei den verschiedensten Ernährungsstörungen sich als mächtiger Heilfaktor bewährt, und er zeigt uns auch den Weg, auf welchem wir dies zu erreichen imstande sind.

„Nicht sehr differente Temperaturen und mit geringer mechanischer Kraft verbundene Einwirkungen“ sind nach Winternitz die wirksamsten unseres Heilschatzes, und die Ansicht, die Winternitz im Jahre 1877 mit seinen zahlreichen Erfahrungen stützt, ist auch noch heute zutreffend und durch die zahlreichen Behandlungsmethoden, die seit dieser Zeit empfohlen und angewendet wurden, noch nicht überholt.

Eine wertvolle Bereicherung unserer Heilmethode ist die Frenkelsche Uebungsbehandlung. Sie ist ein bedeutender Fortschritt in der Therapie der Ataxie.

Wir wollen nun abermals an der Hand einiger Krankengeschichten den Wert unserer Behandlungsmethoden demonstrieren. Wenn auch das „sicher wirkende Verfahren“ noch nicht gefunden wurde, so besitzen wir doch in der Hydrotherapie und der Uebungsbehandlung eine Therapie, welche das Schicksal der unglücklichen Tabiker zu einem wesentlich besseren zu gestalten imstande ist.

Es wurde vielfach die Frage aufgeworfen, ob und in welcher Weise die hydriatische Behandlung mit der Ataxiebehandlung zu kombinieren sei. In den meisten Fällen ist diese Kombination angezeigt. Der Standpunkt ist falsch, jeder Therapie ihre bestimmte Rolle zuzuweisen und die Hydrotherapie hauptsächlich dort anzuwenden, wo sensible und viszerale Störungen im Vordergrund stehen, der Ataxiebehandlung allein jene Fälle zuzuweisen, deren Motilität beeinträchtigt ist. Eine Scheidung ist ja schon deshalb schwer möglich, weil im Nebeneinander und Hintereinander der Symptome niemals eine bestimmte Gesetzmäßigkeit zu finden ist.

Unser ganzes therapeutisches Können beruht auf der richtigen Anwendung von Schonung und Uebung! Diese Worte Albin Hoffmanns müssen auch auf die Therapie der Tabes bezogen werden, und eine vernünftige Kombination der Hydrotherapie mit der Ataxiebehandlung kann sowohl dem Bedürfnisse nach Schonung als auch dem nach Uebung Rechnung tragen.

* * *

Ich teile zunächst einen Fall mit, aus dessen Verlauf ganz klar die Schädlichkeit einer einseitigen und übertriebenen Behandlung hervorgeht.

Es handelt sich um einen 42jährigen Arbeiter aus Böhmen, der im April 1906 nach Wien gebracht wurde, um hier eine Kur durchzumachen. Der kräftig gebaute Mann erzählt, daß er vor zirka drei Jahren Schmerzen und Schwäche in den unteren Extremitäten verspürte, die allmählich zunahmen und so arg wurden, daß er sich nur sehr schwer fortbewegen konnte. Er ging zu einem Arzt, der ihm sofort die Situation klar machte und ihm die Notwendigkeit einer „Gymnastik“ vor Augen führte. Der Arzt zeigte ihm die Uebungen, die er vorzunehmen habe. Pat. nahm nun täglich durch Stunden in seinem Zimmer die Uebungen vor. Statt der erhofften Besserung stellte sich zusehends Verschlimmerung ein, und „nun sei er ganz gelähmt“ und deshalb entschloß er sich, nach Wien zu reisen.

Die Anamnese ergab, daß der Mann in seinem 25. Lebensjahr, also vor 17 Jahren, Lues akquirierte. Durch zwei Monate wurde er einer Schmierkur unterzogen, nach dieser Zeit bekam er durch längere Zeit Jod. Vor seiner Verheiratung, die vor zehn Jahren stattfand, unterzog er sich auf Anraten seines Arztes, der Drüsenschwellungen bei dem Patienten fand, neuerdings einer Quecksilberbehandlung. Schmerzen in den unteren Extremi-

täten hatte er wiederholt und seit etwa drei Jahren; er bezeichnet die Schmerzen als reißend, auch leichte Ermüdbarkeit besteht seit langer Zeit, so daß er den gewohnten Spaziergang nach der Arbeit schon seit langem aufgegeben und lieber die Ruhe in seinem Hause aufgesucht hat. Die Potenz ist seit Jahren geschwächt.

In der letzten Zeit bemerkt er zeitweise Harnträufeln, namentlich des Nachts. Besonders unangenehm empfand er seit etwa $^3/_4$ Jahren ein Kältegefühl in den unteren Extremitäten, das ihm umsomehr auffiel, als der Beginn desselben in die heiße Jahreszeit fiel.

Interessant ist die Beobachtung, die der Patient ganz spontan erzählt, daß das Kältegefühl dann am ärgsten sei, wenn er die reißenden Schmerzen in den unteren Extremitäten habe.

Aus der Anamnese wäre noch bemerkenswert, daß der Patient einen achtjährigen gesunden Knaben hat, daß seine Frau niemals abortierte.

Der Status somaticus, den ich am 22. April 1906 aufnahm, war folgender:

Patient kräftig gebaut, mit geringem Panniculus adiposus. Gesichtsfarbe fahl, Schleimhäute anämisch. Pupillen eng, weder auf Licht, noch auf Akkomodation reagierend. Adynamie der oberen und der unteren Extremitäten, der letzteren ganz bedeutend. Patient, der in horizontaler Rückenlage untersucht wird, vermag weder die Beugung im Hüftgelenk, noch die im Kniegelenk, noch die Abduktion der Beine gegen geringen Widerstand zu vollziehen. Hochgradige Ataxie der unteren, weniger starke der oberen Extremitäten. Patellarreflex erloschen. Hypästhesie, beginnend am Dorsum pedis beiderseits, erstreckt sich rechts bis zur Mitte der Oberschenkel, links bis zum Knie; eine hypästhetische Zone findet sich auch zu beiden Seiten der Lendenwirbelsäule. Im hypästhetischen Gebiete der unteren Extremitäten tritt leichte Zyanose nach kurzer Entblößung auf, objektiv und subjektiv Kälteempfindung.

Bauchdecken stark eingezogen, Darm kontrahiert. Bauchdecken- und Kremasterreflex auslösbar. Die Untersuchung der Zirkulations- und Respirationsorgane ergibt negativen Befund. Nur der zweite Aortenton ist etwas akzentuiert.

Patient ist nur mit Hilfe zweier Personen aus dem Bette zu bringen. Romberg positiv. Beim Versuch, zu gehen, geraten beide Füße in starke Varusstellung. Es handelte sich also um einen ziemlich schweren Fall von Tabes, bei welchem namentlich die Störungen in der Motilität hochgradige sind und in den letzten Monaten sicher an Intensität rasch zugenommen haben. Da ich annehmen mußte, daß die „Uebungsbehandlung", die der Patient ohne jede Kontrolle und auf eigenes Risiko durchmachte, diesen rapiden Fortschritt verursachten, verordnete ich zunächst nur Halbbäder von 24—22° R. täglich mit kräftigen Friktionen und Uebergießungen, namentlich der unteren Extremitäten, bis zur ordentlichen Erwärmung derselben und nach denselben Bettruhe. Von einer kompensatorischen Uebungstherapie mußte hier unter allen Umständen Abstand genommen werden, denn der Fall gehört sicher in die Kategorie derjenigen mit physischen Erschöpfungszuständen, bei welchen selbst geringe Anforderungen an die Körperkräfte der Patienten nicht gestellt werden dürfen.

Der Erfolg der Halbbäder war zunächst der, daß die Zirkulationsstörungen in der Peripherie behoben wurden und daß ich unter der günstigen appetitfördernden Wirkung der Prozedur eine roborierende Diät sehr leicht durchsetzen konnte und sehr bald — nach zehn Tagen — war ich in der Lage, ohne an die Körperkräfte des Patienten übermäßige Anforderungen stellen zu müssen, zunächst im Liegen einige Uebungen vorzunehmen. Die Uebungen wurden stets unter meiner Kontrolle gemacht und so wie ich Ermüdung oder stärkeres Schwanken der Extremitäten oder Pulsbeschleunigung bemerkte, sistierte ich dieselben. Erst nach einem Monate — während der ganzen Zeit wurden natürlich die Halbbäder täglich fortgesetzt — begann ich mit den Uebungen im Gehen. Die Verschlimmerung, die der Patient während der zuhause durchgeführten und mangelhaft kontrollierten Gehübungen erlitt, waren für mich die sicherste Gewähr, daß in meiner Abwesenheit keinerlei Uebungen mehr gemacht werden. Nach $2^1/_2$ monatlicher Behandlung konnte ich den Patienten in bedeutend gebessertem Zustande nach-



hause schicken. Der Patient, der in Wien angekommen, vom Bahnhof zum Wagen und von diesem in die Wohnung seines Bruders in Dornbach getragen werden mußte, legte bei seiner Abreise den Weg vom Hause, das tief in einem Garten lag, bis zum Wagen ohne Unterstützung anstandslos zurück. Schmerzen, Parästhesien, Kältegefühl in den unteren Extremitäten bestanden schon lange nicht mehr, die allerdings leichten Blasenstörungen waren vollständig geschwunden. Das Aussehen des Patienten, das bei seiner Hieherkunft dem eines senilen Menschen entsprach, war ein frisches und das Allgemeinbefinden ein höchst zufriedenes und befriedigendes. Noch nach vielen Monaten schrieb mir der Patient, der auch noch zuhause die Halbbäder fortsetzt, daß er sich genau so fühle wie an dem Tage, an welchem er Wien verließ.

In therapeutischer Hinsicht will ich noch bemerken, daß ich für den Patienten Schuhe anfertigen ließ, die die Auswärtsrollung der Füße verhinderten.

Der Fall ist in mehrfacher Hinsicht lehrreich. Er widerlegt zunächst die Ansicht einiger Autoren, die dahin geht, daß beim starken Hervortreten von Motilitätsstörungen sofort mit der Ataxiebehandlung eingesetzt werden muß. Ich glaube, daß die Ataxiebehandlung hier bei dem Zustande, in welchem sich der Patient bei seiner Hieherkunft befand, gewiß nur Schaden angerichtet hätte. Er widerlegt aber auch die Autoren, die der Meinung sind, daß die Ataxiebehandlung die einzige rationelle Therapie der hochgradigen motorischen Störungen der Tabes sei. Widerlegt ist übrigens die Ansicht schon durch die Tatsache, daß lange vor dem Bekanntwerden der Frenkelschen Ataxiebehandlung, die von Winternitz angegebene Therapie schwere Ataxie zu bekämpfen hatte und auch bekämpfte, wie dies Winternitz in einer interessanten Kasuistik im Jahre 1877 und auch später wiederholt veröffentlicht hat.

Die Uebungstherapie, wie sie von Frenkel inauguriert und von v. Leyden, Goldscheider und Jacob vervollkommnet wurde, ist eine solch wertvolle Bereicherung der Tabesbehandlung, daß man sie heute schwer vermissen würde, aber man kann, ohne ihren Wert zu beeinträchtigen, behaupten, daß sie ohne hydriatische Behandlung keine solchen Erfolge zeitigt, wie mit der letzteren. Deshalb ist die Meinung sehr schwer zu teilen, daß „bei hochgradigen trophischen Störungen die Kombination einer Uebungstherapie mit der Hydrotherapie" kontraindiziert sei. Die Uebungstherapie ist die Therapie der Koordinationsstörungen; da letztere immer nur in Begleitung anderer Störungen auftreten, so ist die Hydrotherapie bei dem gegenwärtigen Stande unseres Könnens unerläßlich. Die Hydrotherapie kann unter allen Umständen, die Uebungstherapie aber nur dann angewendet werden, wenn die somatischen Verhältnisse es gestatten.

In unserem Falle ist auch noch das rasche Schwinden der Zirkulationsstörung in der Peripherie, des subjektiven und objektiven Gefühls der Kälte in den unteren Extremitäten und der Schmerzen bemerkenswert. Wir sahen hier Verhältnisse, wie sie oft bei der Ischias beobachtet werden, bei welcher ziemlich häufig ein Zusammenhang zwischen den Schmerzen und der Zirkulationsstörung in der betroffenen Extremität zu konstatieren ist. Heftige Ischialgien sind oft von Zyanose in der Extremität begleitet, und intensives Kältegefühl leitet die Exazerbationen der Schmerzen ein und hält während derselben an. Schmerz und Kältegefühl schwinden gleichzeitig. Prozeduren, welche die Zirkulation in der Peripherie bessern, beseitigen den Schmerz. Erst wenn unter dem Einflusse einer hydriatischen Kur die Reaktionsverhältnisse sich günstiger gestalten, tritt eine Besserung der Neuralgie ein. Darauf hat vor kurzem auch Herz hingewiesen.

* * *

Durch etwa vier Monaten beobachtete ich folgenden Fall:

Eine 48jährige Frau, früher Greislerin, gegenwärtig Private, verheiratet, Mutter von drei sehr gesunden, kräftigen Kindern im Alter von 16, 20 und 22 Jahren, erzählt mir, daß sie ungefähr seit einem Jahre an zeitweise auftretenden heftigen Schmerzen in

der Herzgegend leide. Die Schmerzen stellen sich gewöhnlich in der Nacht ein; sie wecken die Frau aus dem besten Schlafe, sie sind mit Angst verbunden und strahlen gegen beide Arme aus. Unter starkem Schweißausbruch lassen die Schmerzen allmählich nach. Die Patientin erzählt ferner, daß sie häufig Schwindel bekäme, namentlich im Finstern, daß sie in letzter Zeit sehr stark abgemagert sei und auch zu starken Schweißen neige, und endlich, daß sie häufig Kreuzschmerzen hätte.

Die Patientin gibt an, daß sie von gesunden Eltern stamme, ihr Mann und ihre Kinder seien stets gesund gewesen, sie habe regelmäßig menstruiert, drei normale Geburten durchgemacht, niemals abortiert. Ich will schon jetzt hinzufügen, daß ich Gelegenheit hatte, den Gatten der Patientin genau zu untersuchen und weder aus der Anamnese noch aus dem Status somaticus einen Anhaltspunkt für Lues gewinnen konnte.

Die Untersuchung der Patientin ergibt folgenden Befund:

Die Kranke ist sehr grazil, abgemagert, blaß. Pupillen beiderseits eng, rechts etwas weiter als links, weder auf Licht noch auf Akkomodation reagierend. Die Muskulatur ist schwach, adynamisch, hochgradige statische und lokomotorische Ataxie. Patellarreflexe erloschen. Romberg positiv. Arterien rigid, geschlängelt. Blutdruck an den Radiales dem Gefühle nach erhöht. Puls 64. Art. temporales geschlängelt. Die Herzgrenzen normal, Herztöne rein, zweiter Aortenton akzentuiert. Lungengrenzen normal. Bauchdecken schlaff. Magen und Darm atonisch. Genitalbefund (Dr. Herzl) normal, dem Alter der Patientin entsprechend. Harnbefund zeigt nichts Pathologisches.

Es handelt sich hier demnach um das nicht sehr häufige Zusammentreffen von stenokardischen Anfällen und Tabes. Es scheint hier ein Fall vorzuliegen, wie Huchard ähnliche beschreibt, der die Stenokardie der Tabiker mit der Arteriosklerose, die bei Tabes so häufig beobachtet wird, in Zusammenhang bringt. Huchard befindet sich im Gegensatze zu v. Leyden, der die stenokardischen Anfälle analog den gastrischen Krisen als Herzkrisen auffaßt. Neusser bemerkt: „Wenn man bedenkt, daß die Leitungsbahn des Centrum ciliospinale das Rückenmark in der vorderen Wurzel des ersten Dorsalnerven verläßt und durch diese mittels des Ramus communicans in den Sympathicus gelangt, anderseits erwägt, daß die Dorsalnerven sympathische Aeste zu den Plexus der Brust- und Baucheingeweide führen, so kann man sich des Gedankens nicht erwehren, daß in den Rami communicantes des betreffenden Rückenmarksabschnittes Fasern verlaufen, die mit verschiedenen Funktionen ausgestattet sind, und daß durch Läsion dieser Bahn das Zustandekommen einer Angina pectoris, selbst einer Arteriosklerose, nicht unmöglich ist.“ (Ausgewählte Kapitel der klinischen Symptomatologie und Diagnostik von Neusser, 2. Heft.)

Für mich war es klar, daß es sich in meinem Falle nicht um Herzkrisen, sondern um Stenokardie infolge von Arteriosklerose bei einer tabetischen Frau handle.

Schwierig gestaltet sich die Lösung der therapeutischen Aufgabe. Es ist ja von vornherein zweifellos, daß Halbbäder in der gewöhnlichen Form allein hier nicht zum Ziele führen, anderseits ist die Anwendung von feuchten Ganz- oder Teilpackungen, die bei stenokardischen Anfällen mitunter von sehr gutem Erfolge sind, in Fällen aber, in denen die Zirkulation in der Peripherie sehr mangelhaft ist und die Erwärmung schwer oder gar nicht erfolgt, nicht am Platze.

Ich ging nun in der Weise vor, daß ich der Patientin am Abend vor dem Schlafengehen ein Halbbad von 25—23° R. mit kräftigen Friktionen während des Bades und nach dem Bade gab, daß ich nun die Kranke in eine Dreiviertelpackung (von den Achselhöhlen abwärts) lagern ließ; an die Füße legte ich einen Thermophor. Die Patientin bekam außerdem täglich viermal je 0·5 Theobromin. natrio-salicylicum. Für den Fall, daß sich der Anfall noch einstelle, empfahl ich Senfpapier auf die Herzgegend, heiße Handbäder.

Die Therapie hatte den Erfolg, daß die stenokardischen Anfälle äußerst selten und sehr schwach auftraten und daß sich die tabischen Symptome auffallend besserten; namentlich die Ataxie war bedeu-



tend geringer. Die Patientin schwankte wohl noch beim Gehen und im Stehen, aber sie konnte leichte wirtschaftliche Arbeiten verrichten, wie sie dies vor der Behandlung nicht imstande war. Leider verlor ich die Patientin aus dem Auge und ist mir ihr weiteres Schicksal unbekannt.

Besonders bemerkenswert ist, daß hier die Arteriosklerose und die Tabes nicht auf Lues zurückgeführt werden können. Als wahrscheinliche Ursache kann jahrelange schwere Arbeit, häufige Durchnässungen und Erkältungen — die Patientin besorgte ihre Einkäufe bei jeder Witterung in den frühesten Morgenstunden selbst — angenommen werden.

Ich teile den Fall hier mit, weil er sowohl in klinischer als auch in ätiologischer Hinsicht mitteilenswert erscheint und trotzdem er nicht „rein pysikalisch" behandelt wurde. Dieses Bekenntnis ist nicht etwa die Folge des Bewußtseins unseres mangelhaften therapeutischen Könnens. Die Kombination von Kohlensäurebädern mit unseren erwähnten hydriatischen Prozeduren käme vielleicht in ihrer Wirkung der Kombination medikamentös-physikalischer Therapie sehr nahe, jedenfalls wäre ein Versuch angezeigt gewesen. Es war dies aus äußeren Gründen nicht möglich. Ich bedauere diesen Zufall nicht sehr lebhaft, weil er mir Gelegenheit gibt, zu zeigen, daß wir auch der Medikamente nicht entraten.

* * *

Folgende Mitteilung bezieht sich auf einen jetzt 60jährigen Patienten, der vor 18 Jahren die Poliklinik aufsuchte mit den typischen Beschwerden einer weit vorgeschrittenen Degeneration der Hinterstränge. Lanzinierende Schmerzen, Harnträufeln und intensive Gehstörungen belästigten den Patienten in seinem Berufe — er war Hausierer — ganz besonders. Wiederholte Kuren, selbstverständlich in erster Linie antiluetische, die damals sehr beliebten Suspensions- und Dehnungsbehandlungen blieben ohne Erfolg. Der Status zeigte das Bild einer schweren Tabes. Der Patient, der in sehr dürftigen Verhältnissen lebt und nur mit dem Aufwande größter Energie seinem schweren Berufe zeitweise nachgehen kann, sieht sehr herabgekommen aus. Seine Muskulatur ist welk, leistungsunfähig, Ataxie der oberen und unteren Extremitäten, Pupillenstarre, Romberg.

Die Therapie bestand in täglich verabreichten Halbbädern von 24—22° R. mit vorhergehenden Dampfduschen auf die unteren Extremitäten.

Letztere haben bei lanzinierenden Schmerzen mitunter sehr guten Effekt und auch in diesem Falle waren sie von vorzüglicher Wirkung. Der Erfolg der Therapie war anfangs ein sehr schwankender. Was aber schon von allem Anfange ganz besonders günstig sich gestaltete, war die Blasenstörung. Das Harnträufeln sistierte. Die Gehstörung besserte sich im Laufe der Zeit so, daß der Patient nun seinem Berufe ungestörter nachgehen kann und für Minuten sogar auf die Stöcke verzichten konnte. Durch 18 Jahre gehört der Kranke zu den treuesten Frequentanten der hydriatischen Abteilung der allgemeinen Poliklinik, die er jahrelang täglich, jetzt nur noch, wenn eine Verschlimmerung des einen oder anderen Symptoms sich einstellt, aufsucht, und es ist zweifellos, daß der Rückgang einiger schwerer Symptome, der Stillstand des Prozesses, das baldige Verschwinden der zeitweise sich wieder einstellenden Schmerzen und Blasenstörungen den seit 18 Jahren fast konsequent gebrauchten Halbbädern zuzuschreiben ist.

Es wäre zu wünschen, daß die hydriastische Therapie weiteste Verbreitung und konsequente Anwendung fände.

REFERATE.

Innere Medizin.

Krankheiten der Blutdrüsen.

1. Bei einer Frau, bei der wegen Kropf fast die ganze Schilddrüse entfernt werden mußte, sind die unter der Akromialhaut verpflanzten Schilddrüsenpfröpflinge angewachsen und hatten sich regelrecht weiter entwickelt, so, wie wenn dieselben mit dem Mutterboden und der normalen Gefäßversorgung im Zusammenhang geblieben wären. Histologisch stimmen die Pfröpflinge mit normalem Schilddrüsengewebe überein. Es ist also möglich, mit der Methode der Schilddrüsenpfropfung beim Menschen neue Schilddrüsenorgane zu erzielen, die dauernd sich erhalten und funktionieren, sich vergrößern und so zu Neu-Schilddrüsen auswachsen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 49, 1906.)

2. In einem Falle von Struma, bei dem eine Schilddrüsenbehandlung ohne Erfolg geblieben war, griff Mollo zur subkutanen Anwendung des Jodipins, und zwar verabreichte er alle zwei Tage 2 cm³ des 25%igen Präparats; dabei wurde Thyreoidin weitergegeben. Nach der 20. Injektion war der Kropf nahezu vollständig beseitigt. Obgleich hier die Kur aus äußeren Gründen abgebrochen werden mußte, war nach einiger Zeit auch der letzte Rest von Anschwellung verschwunden. Im ganzen wurden 50 cm³ des Präparats injiziert. — (Allg. Wien. med. Ztg. Nr. 47, 1906.)

3. Haagner empfiehlt zur Behandlung von Kröpfen, die aus irgend einem Grunde nicht operiert werden können, das Jothion, ein Jodwasserstoffester, der 80%



Jod enthält. Der Hauptvorzug des Jothions besteht darin, daß die resorbierende Wirkung des Jods bei lokalen Prozessen voll zur Geltung kommt, während man bisher bei der äußerlichen Applikation von Jod auf Präparate beschränkt war, welchen nur eine äußerst geringe resorptive Jodwirkung zukam. Man verwendet das Jothion in Salbenform (Jothion. 10·0, Lanolin. anhydr. 6·0, Vaselin. americ. flav. 4·0) oder mit Olivenöl oder Vasogen āā oder sogar rein. Bei Reizwirkung sind schwächere Konzentrationen nötig. Starkes Einreiben ist nicht erforderlich. Die Applikationsstelle läßt man einige Zeit unbedeckt, bis die Resorption eingetreten ist. Man reibt täglich einmal abends ein, und zwar 4—5 g der 50%igen Salbe bezw. 2—3 cm³ des reinen Präparats. — (Wien. med. Pr., 18. Nov. 1907.)

4. Donchin hat im Auftrage von Strümpell die in der letzten Zeit an der Breslauer medizinischen Klinik beobachteten Fälle von Basedowscher Krankheit in übersichtlicher Weise bearbeitet. Es standen ihm 46 Krankengeschichten zur Verfügung. Er gibt zuerst in gedrängter Kürze einen Auszug aus denselben und danach eine ausführliche Besprechung und zusammenfassende Uebersicht über die einzelnen Symptome. Auch die Aetiologie ist, soweit möglich, berücksichtigt. Von den 46 Fällen betreffen nur 4 = 13% männliche Patienten. Als Prädispositionsmomente und Ausgangspunkte der Krankheit werden angegeben: Chlorose, Schwangerschaft und Geburt, Menstruationsstörungen, nervöse Beschwerden; körperliche Anstrengung, Amenorrhöe, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, Infektionskrankheiten, Erkältungen, psychische Enflüsse, plötzliche Gemütsbewegungen, Heredität, nervöse Belastung.

Das Schlußkapitel der fleißigen Arbeit ist der Therapie gewidmet. Dieselbe, schreibt Vf., hat in der lettzten Zeit einen großen Aufschwung zu verzeichnen. Die üblichen internen Mittel, die Hydrotherapie, Klimatotherapie, Elektrotherapie, Diätotherapie etc. können recht bedeutende Besserungen herbeiführen, aber wohl nie eine Heilung. In schweren Formen der Krankheit versagen meistens diese Mittel vollständig oder bringen nur vorübergehende Besserung. Von den üblichen internen Mitteln wurden angewendet: Brom, Arsen, Eisen, Phosphor, Jod; Natr. phosphor. wurde in zwei Fällen ohne Erfolg gegeben. Guten Erfolg hatte dagegen die in zwei Fällen angewandte Faradisation des Sympathikus, beide Patienten wurden gebessert entlassen, die nervösen Beschwerden nahmen ab. Einmal wurde ohne jeden Nutzen Galvanisation des Sympathikus versucht. Sehr wohl empfunden wird von den Patienten die Kälteapplikation: Eiskrawatte um den Hals und Eisblase auf das Herz. Sie bewirkt sehr oft Beruhigung und ruhigere Herztätigkeit. Die moderne Serumtherapie des Morbus Basedowii bezeichnet Vf. als eine kausale. Es wird allgemein angenommen, daß im Körper des Menschen beim Stoffwechsel sich Giftstoffe anhäufen, deren Neutralisation die Aufgabe des Schilddrüsensekrets ist. Wird die Schilddrüse vollständig entfernt, so führen diese Giftstoffe zur Kachexie. Durch künstliche Zufuhr von Schilddrüsensubstanz gelingt es, dieses Kachexiegift zu neutralisieren. So kam man, von der Möbiusschen Therapie des Entstehens der Krankheit (Ueberproduktion des normalen Schilddrüsensekrets) ausgehend, auf den Gedanken, daß, wenn man dieses Kachexiegift den Basodow-Kranken einverleibt, es möglicherweise dadurch gelingen wird, dem übermäßigen und pathologisch veränderten Schilddrüsensekrete eine Mehrarbeit zu bieten, um so eventuell das Basedow-Gift zu binden. Diese Annahme veranlaßte Ballet und Enriquez (Semaine médicale 1895), den Basedow-Kranken das Serum von Hunden, denen die Schilddrüse exstirpiert war, einzuspritzen. Von ähnlichen Gesichtspunkten geleitet, ließ Lanz (Korresp. Blatt für Schweizer Aerzte Nr. 23, 1899) die Kranken Milch schilddrüsenloser Ziegen trinken. Möbius veranlaßte daraufhin im Jahre 1901 Merk in Darmstadt, das Blutserum von

schilddrüsenlosen Hammeln herzustellen, das unter dem Namen Antithyreoidin-Serum bekannt ist. Er wendete es zuerst subkutan an, später per os. Vf. hat nur einen Fall mit Serum behandelt. Die angeführte Krankengeschichte zeigt, daß eine bedeutende Besserung im Befinden der Patientin schon nach 25 cm³ des Serums auftrat. Der Exophthalmus nahm merklich ab, um schließlich ganz zu schwinden. Puls und Befinden besserten sich, die Schweißabsonderung nahm ab, aber die Struma hatte sogar $^1/_2$ cm zugenommen, der Tremor der Hände dauerte fort. Die Patientin hat weiter Serum genommen, der Zustand besserte sich bis zur Entlassung weiter nicht wesentlich, doch ist der Exophthalmus gänzlich geschwunden. Die Schwankungen im Verlauf des Basedow scheinen auch nach dem Serumgebrauch nicht zu fehlen.

Außer dem Möbiusschen Serum wird auch „Rodagen“, ein Präparat in Pulverform aus der Milch der thyreoidektomierten Ziegen, gebraucht. Nach den Literaturangaben soll das Rodagen auch gute Erfolge erzielt haben, aber sein hoher Preis steht der allgemeineren Verwendung im Wege. Nach Kollarits betrugen die Kosten der vierwöchentlichen Behandlung (Tagesdose bis zu 15 g) 160 Kronen. Strümpell behandelte einen Fall mit Rodagen. Er gab dreimal täglich 2 g, was einen sehr guten Einfluß zu haben schien, da der Patient ruhiger wurde und besseren Appetit bekam. Die Wirkung war aber nur vorübergehend.

Von operativen Behandlungsmethoden des Morbus Basedowii werden folgende vorgenommen: partielle resectio strumae, Durchschneidung (auch Resectio) des Sympathikus und teilweise Ligatur der Arteria thyreoidea. Die Ansichten über die Zweckmäßigkeit der Operation sind sehr verschieden. Die einen sagen, daß die Strumektomie sehr zweifelhaft in der Wirkung ist und nur vorzunehmen sei, wenn bei mechanischem Druck auf den Sympathikus oder die Trachea direkt eine Indikatio vitalis gegeben ist. Kocher tritt für die frühzeitige Operation ein. Er hat 216 Fälle von Morbus Basedowii gesehen, 130 waren typisch, 167 wurden operiert, 9 = 5% sind gestorben. Die Gefahr der Operation wird durch die Frühoperation vermieden. Von zehn leichten Formen wurden alle geheilt, von 60 Basedowstrumen wurden 55 geheilt, 4 gebessert, 1 bekam Tetanie. Von den eigentlichen Basedowkranken wurden 5 tetanisch, sind aber nicht gestorben; 8 wurden wenig, 10 bedeutend gebessert, 56 fast geheilt, 28 vollkommen geheilt. Letztere wurden alle mehrmals operiert. Nicht immer ist der Exophthalmus ganz zurückgegangen, mehrmals wurde die Operation nicht auf einmal vollendet, z. B. die Arterien nicht gleichzeitig unterbunden. In einem Falle, in dem Kocher alle vier Arterien auf einmal unterband, trat schon nach einer halben Stunde Tetanie auf.

Von den der vorliegenden Arbeit zugrunde liegenden Fällen wurden 8 = 17·5 Prozent operiert. In sechs Fällen wurde die Strumektomie vorgenommen, in einem Fall die Resectio strumae rechts und Arterienunterbindung links. Der Erfolg der Operationen war der, daß zwei Fälle gebessert und sechs Fälle geheilt entlassen werden konnten. Drei Fälle beweisen auf Grund von späteren, längere Zeit nach der Operation mitgeteilten Nachrichten vollständige Heilung.

Solch glänzende Resultate, die wohl nie durch interne Therapie erreicht werden können, geben nach Donchin heutzutage der operativen Behandlung der Basedowschen Krankheit mehr und mehr Vorrechte, besonders dann, wenn strenge Durchführung von physikalisch-therapeutischen, diätetischen und medikamentösen Maßnahmen für längere Zeit bei Kranken wegen ihrer sozialen Lage und Verhältnisse unmöglich ist.

Die neueste Therapie des Basedow ist die mit Röntgen-Strahlen. Die Zahl der bisherigen Erfahrungen ist noch zu klein, um ein definitives Urteil zu ermöglichen, dazu kommt noch, daß die technischen Me-

thoden noch nicht übereinstimmen, so daß zurzeit ein Vergleich der einzelnen Fälle noch nicht möglich ist.

Vf. hat sich die dankenswerte Aufgabe gestellt, die ihm zugänglichen Fälle von Röntgen-Therapie der Struma und des Morbus Basedowii zusammenzustellen. Er sagt darüber: In der Literatur liegen Beobachtungen vor von: Widermann, Stegmann, Görl, P. Krause, Gilmer, Pfeiffer und Beck.

Widermann behandelte drei Patienten mit Röntgen-Strahlen. Die erste Patientin, 26 Jahre alt, litt seit zirka 3/4 Jahren an Basedowscher Krankheit. Sie klagte über heftige Palpitationen, die Pulsfrequenz war zwischen 110 und 120; eine nicht besonders große Struma vasculosa. Als die Bestrahlung begann, betrug ihr Gewicht 44·1 kg. Die Patientin wurde in wöchentlichen Intervallen zehnmal bestrahlt. Die Dauer der einzelnen Sitzung betrug durchschnittlich 20 Minuten, die Dauer aller Sitzungen zusammen 225 Minuten. Die nervösen Erscheinungen traten allmählich zurück, ohne vollständig zu schwinden, die Schweiße und der Tremor hörten fast vollständig auf, die Struma verkleinerte sich nur ganz wenig, das Körpergewicht stieg monatlich um 3 kg. Die zweite Patientin leidet seit vier Jahren an Morbus Basedowii. Sie wurde sechsmal bestrahlt (140 Minuten). Das Gewicht stieg auch nach Aussetzen der Bestrahlung. Die Struma hat sich unter der Bestrahlung nicht geändert, die Augensymptome und nervösen Beschwerden blieben. Auch auf die Pulszahl konnte kein nachhaltiger Einfluß ausgeübt werden. Die dritte Patientin wurde im ganzen 130 Minuten lang bestrahlt. Auch hier nahm zwar das Körpergewicht zu, die übrigen Symptome blieben aber unbeeinflußt.

Auf dem 23. Kongreß für innere Medizin berichtete Gilmer über sehr günstige Erfolge der Röntgen-Bestrahlung bei Struma und Morbus Basedowii. Er hat 26 Fälle von Strumen bestrahlt. Vier Fälle reagierten gar nicht, gering war der Erfolg bei sieben Fällen. Auffallend war das erzielte gute Befinden. Bei zwölf Patienten, darunter ein Fall von Kropfzyste, wurde erhebliche, objektive und subjektive Besserung erreicht, in vier Fällen ein völliges Schwinden des Parenchymkropfes, auch substernale Kröpfe wurden günstig beeinflußt. Sehr heftig war die Reaktion bei einer enorm großen, sehr weichen Struma. In diesem Falle, wie in zwei anderen, ergab der Harn sehr deutliche Jodreaktion. Sieben Basedow-Fälle, sowie ein Fall von forme fruste wurden sehr günstig beeinflußt. Gilmer schlägt vor, die Wirkung der Bestrahlung durch Sensibilisierung der Strumen mittels Eosin- oder Lezithineinspritzungen zu steigern.

Görl konnte bei fünf Strumafällen unter Röntgen-Behandlung eine erhebliche Verkleinerung des Tumors konstatieren.

Beck versuchte die Kombination von Exzisions- und Röntgen-Therapie und verfügt über drei Fälle. In den zwei ersten war durch halbseitige Exzision zwar Besserung, aber keine Heilung erzielt. Nach 18, respektive 13 Monaten wurde die Bestrahlung eingeleitet, die eine auffallende Besserung der Tachykardie und der Nervosität ergab. Im Fall drei wurde bei einem sehr schweren Fall ein glänzender Erfolg erzielt und alle Basedow-Symptome beseitigt.

Pfeiffer hat 51 Strumen mit Röntgen-Strahlen behandelt. Eine Heilung der Struma war nicht zu erzielen, nur in zwei Fällen eine anhaltende Besserung; geringere Besserung bei 25 Fällen, gar keine Veränderung bei 22.

Stegmann verfügt über drei Fälle von Morbus Basedowii, die mit Röntgen-Strahlen behandelt wurden. Die von ihm erzielten Erfolge waren befriedigend.

Paul Krause hat in der Breslauer medizinischen Klinik fünf Basedow-Fälle mit Röntgen-Strahlen behandelt. Die erste Patientin, eine 42jährige Frau, leidet schon seit Jahren an Basedow. Leichter Exophthalmus, Struma, Halsumfang 38 cm, Tachykardie, starker Tremor. Brom, Antithyreoidinserum und Rodagen erwiesen sich ganz wirkungs-

los. Es wurde eine Woche lang täglich fünf Minuten lang bestrahlt. Die Halsgegend wurde frei gelassen, während der ganze übrige Körper mit dicken Bleistaniolplatten abgedeckt wurde. Die Bestrahlung fand mit der Müllerschen Wasserkühlröhre mit Gummischutzmantel nach Dr. Wichmann statt. In den ersten Tagen trat subjektive Besserung ein, objektiv konnte aber eine günstige Einwirkung der Röntgen-Strahlung konstatiert werden. Die Beobachtung wurde lang genug fortgesetzt, um mit Sicherheit sagen zu können, daß eine Nachwirkung der Röntgen-Strahlung ausblieb. Eine zweite zwölftägige Bestrahlungsperiode unter den gleichen Bedingungen hatte denselben negativen Effekt. Die zweite Kranke wurde in 14 Tagen elfmal, und zwar jeden Tag 15 Minuten bestrahlt. Subjektive Besserung war vorhanden, aber nicht hervorragend. Dagegen zeigte sich eine zweifellose Nachwirkung, insofern als zwei Monate nach dem Bestrahlen die Struma und die übrigen Basedow-Symptome sich vollständig zurückbildeten und das Allgemeinbefinden ein so gutes geworden war, daß man der Patientin nichts mehr von ihrer Erkrankung ansah. Auch das Körpergewicht hatte sich bedeutend gehoben. Bei den übrigen drei Fällen wurde mit der Röntgen-Therapie absolut nichts ausgerichtet. — (Diss., Breslau 1906.)

5. Stock hat in einem Fall von nicht besonders schwerem Basedow von der Darreichung von Rodagen (dreimal täglich 1 Teelöffel, vier Wochen lang, im ganzen 200 g) keinen Erfolg gesehen. — (Medico, 12. Dez. 1906.)

6. Abelmann beschreibt den Fall eines 13jährigen Mädchens mit typischem Basedow, bei dem 20 Tage lang Antithyreoidin, dreimal täglich 2—12 Tropfen (im ganzen 475 Tropfen) gegeben wurden, mit vorzüglichem Erfolg. Der Puls sank von 130—150 auf 75—90, der Exophthalmus ist fast verschwunden, von Augensymptomen ist nur noch das Graefesche bisweilen zu beobachten. Die Struma ist wesentlich zurückgegangen, das Mädchen viel ruhiger geworden. Auch bei einem an einfacher Struma leidenden Mädchen ging diese mit Antithyreoidin wesentlich zurück. — Russkii Wratsch. Nr. 36, 1906; Uebersetzung.)

7. Versuche, ein thyreotoxisches Serum bei der Behandlung des Basedow zu verwenden, sind, wie Stradiotti ausführt, bereits mehrfach angestellt. Am meisten Beachtung verdient eine Arbeit von Beebe und Rogers (Boston med. and surg. Journal, 12. Juli 1906), die über 90 Fälle (davon 23 geheilt, 52 gebessert, 11 ungebessert, 4 gestorben) berichtet; aber die beiden Amerikaner haben ihr thyreotoxisches Serum mittels Inokulation der Nukleoproteide der Schilddrüse gewonnen, was nach Ansicht Stradiottis nicht einwandfrei ist. Er selbst verwendete zur Gewinnung des Serums Injektion von Extrakt normaler menschlicher Schilddrüsen, die gleich nach dem Tode entnommen und präpariert wurden. Das zur Serumlieferung bestimmte Tier (ein Schaf) erhielt in Zwischenräumen von 8—10 Tagen 10—150 cm³ des Glyzerinextrakts, im ganzen 530 cm³, entsprechend 275 g Schilddrüse. Mit dem Serum dieses Tieres wurden Behandlungsversuche an drei Basedowkranken angestellt, und zwar handelte es sich um nicht besonders günstige Fälle, da in einem die Herzsymptome, in den beiden anderen die nervösen Symptome ganz besonders stark ausgeprägt waren. Die Anfangsdosis für die Injektion betrug 1—3 cm³, die Normaldosis 3—5 cm³, und zwar wurde täglich bis zweitäglich injiziert; im ganzen erhielten die drei Kranken respektive 39 cm³ in 16 Tagen, 45 cm³ in 27 Tagen, 28 cm³ in 8 Tagen. Unzweifelhaft zeigten die drei Kranken während der Behandlung deutliche subjektive Besserung; das Körpergewicht, das bei allen dreien in mehr oder minder rascher Abnahme begriffen war, ging bei zweien in die Höhe und blieb bei dem dritten stehen; die Tachykardie und die kardiovaskulären Symptome überhaupt wurden ebensowenig beeinflußt wie der Exophthalmus und die Struma; nur der Tremor wurde deutlich und wesentlich gebessert. Lokale unangenehme Folgen wurden nicht beobachtet; dagegen traten bei allen

drei urtikariaartige Ausschläge auf. Ob ein in dem dritten Falle gegen den achten Tag der Behandlung aufgetretener fieberhafter Ikterus der Behandlung zur Last zu legen ist, ist nicht sicher zu sagen; eine neue Injektion brachte jedenfalls den weichenden Ikterus nicht zum Wiedererscheinen. — (Riv. crit. di Clin. Med. Nr. 7 u. 8, 1907.)

8. Von 50 an der Jenenser Klinik operierten Fällen von Basedowscher Krankheit wurden 36 geheilt (72%), 6 gebessert, 6 (12%) starben im Anschluß an die Operation (der siebente Todesfall drei Wochen nachher durch Pneumonie ist nicht auf Kosten des Eingriffs zu setzen), in einem Falle blieb die Besserung aus. Am besten beeinflußt wurden die Tachykardie und die Herzsymptome, weiter die Erscheinungen von seiten des Nervensystems, auch die psychischen Störungen und das Schwitzen verschwand fast gänzlich, ebenso die Durchfälle. Dagegen blieb der Exophthalmus meist in mäßigem Grad bestehen. Mit dem Zurücktreten der Krankheitssymptome hob sich auch das Allgemeinbefinden, es stellten sich erhebliche Gewichtszunahmen und die volle Erwerbsfähigkeit, wenigstens in den geheilten Fällen ein. Siebenmal allerdings (in 14% der mit Erfolg operierten Kranken) kamen Rezidive der Struma mit Wiederkehr der Krankheitserscheinungen vor. Bei drei dieser Patienten bildete sich aber der Kropf auf interne Maßnahmen oder spontan zurück, bei zweien wurden mit gutem Erfolg Nachoperationen vorgenommen. Die besten Operationsresultate wurden erzielt bei den leichten Fällen, die Todesfälle kamen zum größten Teil bei den schweren Fällen mit konsekutiven vorgeschrittenen Herz- und Kreislaufstörungen vor. Immerhin wurden auch hier noch über die Hälfte geheilt. Wenn auch bei jedem Fall vor der Operation die medikamentöse, klimatische und Serumbehandlung je nach Verhältnissen kürzer oder länger versucht werden muß, so soll beim Fehlschlagen dieser Faktoren mit der Vornahme der Operation nicht zu lange gewartet werden, um nicht deren Aussichten zu verschlechtern. (Außer den erwähnten konservativen Behandlungsmethoden ist eventuell auch der Versuch mit Röntgen-Behandlung in Vorschlag zu bringen, durch die, wie sich Ref. selbst überzeugen konnte, erhebliche, an Heilung grenzende Besserungen manchmal zu erzielen sind.) — (Die Heilkunde, H. 3, 1907.)

9. v. Torday berichtet über einen schweren Basedowfall, bei dem durch partielle Exstirpation der Schilddrüse die krankhaften Symptome größtenteils eine Rückbildung erfuhren. Es verschwanden die nervösen Zustände, namentlich die Kopfschmerzen, die Schlaflosigkeit, das Schwächegefühl und das Schwitzen; der Puls ging herab und das Gewicht stieg in drei Monaten um zirka 30%. Vf. ist geneigt, die Operation zu empfehlen, wenn sie auch nicht stets zum Erfolg führt, besonders in den Fällen, in denen auf anderem Wege nichts zu erreichen ist, der Zustand aber rasche Abhilfe erfordert. Die Operation ist aber auszuführen, bevor das Herz zu sehr ergriffen oder Kachexie eingetreten ist; unbedingt zu operieren ist dann, wenn die Struma ein mechanisches Hindernis bildet. — (Wien. klin. Wochenschrift Nr. 48, 1906.)

10. Seit Erscheinen des ersten Berichts Wagners v. Jauregg (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 30, 1904) sind zwei Jahre verflossen, und der Vf. berichtet jetzt ausführlich über das Schicksal der behandelten Kinder. Der Kretinismus wird in allen Graden und auch noch in vorgeschrittenerem Alter (Vf. hat Fälle bis 27 Jahre gesehen) durch die Behandlung mit Schilddrüsensubstanz günstig beeinflußt. Der Erfolg ist umso besser, je früher mit der Behandlung begonnen wird. In leichteren Fällen ohne beträchtlichere Schädigung des Gehörorgans kann völlige Heilung erzielt werden, wenn frühzeitig, zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr, mit der Behandlung begonnen wird. Dieser Erfolg bleibt auch bestehen, wenn nach längerer Behandlung die Zufuhr der Schilddrüsensubstanz eingestellt wird. Bei einer Anzahl schwerer Fälle (meist wohl der angeborenen Form) gelingt es auch bei frühzeitigem Beginn der Behandlung nicht, einen vollen Heil-



erfolg zu erzielen. Möglicherweise kann man hier durch noch früheren Beginn der Behandlung (mit sechs Wochen) Vollerfolge erringen. Was speziell die Störung des Gehörs anlangt, so kann sowohl die Erkrankung des Mittelohres wie des Labyrinths günstig beeinflußt werden; jedoch erweist sich gerade dieses Symptom als das am schwersten zu beeinflussende. Was die Wachstumsstörung anlangt, so übertrifft das Längenwachstum im ersten Jahre der Behandlung meist den normalen Durchschnitt und hält sich auch in späteren Stadien der Behandlung noch über der Norm; es ist in den späteren Jahren nicht immer gleichmäßig.

Aus allem geht hervor, wie wichtig die Frühdiagnose des Kretinismus ist. Sie ist aber nicht immer leicht. Leichter noch beim angeborenen Kretinismus, wo die Makroglossie und eventuell der Kropf auf die Diagnose hinweisen; bei der erworbenen Form gibt das Ausbleiben des Gehen- und Sprechenlernens einen wichtigen Anhaltspunkt; dazu kommt dann die bleiche Gesichtsfarbe, die Hautschwellungen, die Apathie, der mangelhafte Schluß der Fontanellen, die mangelhafte Zahnbildung, die abnorme Nasenbildung. Ganz besonders wichtig ist, daß die Eltern in Gegenden mit endemischem Kretinismus recht frühzeitig Verdacht schöpfen und die Kinder zum Arzt bringen. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 2, 1907.)

11. Nach einer lesenswerten Uebersicht über die Geschichte der Schilddrüsenpathologie berichtet H e y n über die in den letzten fünf Jahren an der Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe beobachteten Fälle von kongenitalem und infantilem Myxödem. Es waren zusammen sieben ausgesprochene und fünf weniger ausgeprägte Fälle.

Von vier zur Sektion gekommenen Kranken fand sich bei zweien keine Spur von einer Schilddrüse vor, auch kein bindegewebiges Gebilde, das ihre Stelle eingenommen hätte. Solche Obduktionsbefunde von vollständigem Fehlen der Schilddrüse bei Myxödematösen sind in der Literatur bisher 18 niedergelegt. Die beiden erwähnten verdienen daher volle Beachtung.

Sie wurden mit den ausgesprochenen Kennzeichen der Thyreoaplasie aufgenommen und konnten trotz der kurzen Behandlungszeit mit Thyreoidindarreichung gebessert werden. Sie erlagen beide interkurrenten Krankheiten. Bei allen Patienten, bei welchen eine andauernde und durchgreifende Thyoreodin - Behandlung möglich war, sah auch H e y n eine „ans Wunderbare grenzende Besserung aller Symptome, der geistigen wie der körperlichen". Seine lesenswerten genaueren Angaben über eine jetzt 15jährige und eine 8jährige Patientin belegen diese Behauptung aufs beste. Bei letzterer scheint besonders ein in drei Monaten beobachtetes Längenwachstum von 9 cm erwähnenswert.

Die in Uchtspringe geübte Behandlungsweise besteht

1. in einer einleitenden physikalisch-diätetischen Kur zur Hebung des Ernährungszustandes. Bevorzugt wird hiebei Milchnahrung und Pflanzenkost;
2. in Verabfolgung von Jod mit Rücksicht auf den etwaigen luetischen Ursprung des Leidens;
3. in der eigentlichen Thyreoidinbehandlung, wobei ausschließlich die von M e r k hergestellten Tabletten zu 0·1 g, die 0·003 g Jod entsprechen, verwendet werden. Anfangs wird jeden zweiten Tag eine Tablette, später jeden Tag 1—2 Tabletten gegeben.

Gegen die Gewichtsabnahme und sonstige unangenehme Nebenwirkungen hat sich H e y n die Verabfolgung von Arsen und phosphorhaltigen Eiweißsubstanzen bewährt. — (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Bd. 41, H. 1, 1906.)

12. In dem Falle M a r t i n e l l i s ging die Patientin, die an der Grenze vom zweiten zum dritten Stadium der B a n t i schen Krankheit stand, am Tage der Operation zugrunde, trotzdem noch kein Aszites oder schwere Leberveränderungen bestanden. Vf. glaubt, daß in derartigen Fällen, die man doch schon als vorgerücktere bezeichnen kann, die Splenektomie häufig einen schlimmen Ausgang nehmen wird; in früheren Stadien mag sie bessere Aussichten eröffnen, doch wird sich in solchen der Arzt wie der Patient nur schwer

dazu entschließen. Die Splenektomie ist daher im allgemeinen bei der Bantischen Krankheit nicht indiziert; vielleicht bietet die von Schiassi vorgeschlagene Splenokleisis (Einnähung der Milz in das Netz) bessere Chancen. Bemerkenswert ist in dem Falle Martinellis, daß sich die Milzschwellung aus einem akuten Milztumor bei Typhus entwickelte. — (Riv. crit. di Clin. Med. Nr. 47, 1906.)

13. Der Fall von Maragliano ist deshalb bemerkenswert, weil die durch die Röntgen-Strahlen erzielte Besserung der Leukämie bereits $1^1/_2$ Jahre unverändert anhält. Weiter ist die Tatsache interessant und wichtig, daß bei Bestrahlung der Milz und der Halslymphdrüsen nicht nur diese, sondern auch die nicht bestrahlten Leistendrüsen zurückgingen. Die Röntgen-Strahlen müssen also, abgesehen von ihrem lokalen, auch noch einen allgemeinen Einfluß haben, und in schweren Fällen braucht man sich nicht auf Bestrahlung eines bestimmten Körperteiles zu beschränken, sondern kann auch andere an lymphatischem Gewebe reiche Körperstellen bestrahlen, auch wenn sie anscheinend nicht erkrankt sind. — Technisch bemerkt Vf. noch, daß es zweckmäßig ist, die Strahlen zu „filtrieren", die Strahlen, die nur geringe Tiefenwirkung haben, aber die Haut schädigen, abzuhalten. — (Gazz. degli osped. 25. Nov. 1906.)

14. Bossi versuchte an einer 38jährigen Patientin, die im achten Monat schwanger war und an schwersten osteomalazischen Veränderungen litt, Einspritzungen von Adrenalin, und zwar in folgender Weise: Die erste Einspritzung betrug $^1/_2$ cm³ in einer Lösung von 1 : 1000; dieselbe wurde noch sechsmal wiederholt, so daß im ganzen sieben Einspritzungen gemacht wurden in einem Zeitraum von vier Tagen. Schon nach der ersten Einspritzung verminderten sich die Schmerzen, und stellte sich nachts etwas Schlaf ein; nach der zweiten war letzterer so gut, wie seit drei Monaten nicht mehr; nach der dritten konnten die Gelenke schmerzfrei bewegt werden, nach der vierten verließ die Patientin nach drei Monaten zum erstenmal schmerzfrei das Bett; nach der fünften war sie drei Stunden außer Bett, die Bewegungen wurden ganz frei; nach der siebenten fühlte sie sich genesen. Die Untersuchung am fünften Tag ergab, daß die Knochen im Begriff waren, in ihren normalen Zustand überzugehen; außerdem verminderte sich die Ausdehnung des Unterleibes, der die Form eines Quersackes angenommen hatte und so ausgedehnt war, daß ein Platzen zu befürchten war, in außerordentlicher Weise, da durch die Wiedererweiterung des Beckens dem Fötus und Uterus die normale Lage wieder ermöglicht wurde.

In einem Nachtrag fügt Bossi noch hinzu, daß die Patientin weitere 16 Einspritzungen ohne jegliche Störung ertrug und spontan Zwillinge gebar, die sie im besten Wohlsein selbst nährt.

Bei einer anderen, ebenfalls an Osteomalazie erkrankten Patientin begann Bossi die Einspritzungen sofort mit 1 cm³. Nach zwölf Tagen war die Patientin bereits derart gebessert, daß sie keine Schmerzen mehr empfand und herumzugehen begann.

Als Kontrollversuch wurde an einem Mutterschaf zur Mitte der Tragzeit die rechte Nebenniere entfernt, wonach nach sieben Tagen typische Osteomalazie auftrat. — (Zentralbl. f. Gynäkol., Nr. 3 u. 6, 1907.)

15. Im Anschluß an günstige Resultate mit Paraganglin bei Hyperemesis gravidarum versuchte Massaglia das Mittel in drei Fällen von Seekrankheit. Die tägliche Dosis betrug 80 Tropfen, in drei Einzeldosen; der Erfolg war ein prompter. Sind auch die Fälle an Zahl zu wenig, um definitive Schlüsse zuzulassen, so scheint die Anwendung des Mittels doch auch theoretisch gerechtfertigt, indem es anämisierend auf die hyperämischen Abdominalorgane einwirkt und dadurch der Gehirnanämie entgegenwirkt. — (Soc. med.-chir. di Modena, 6. Dez. 1906; Riv. Crit. di Clin. Med., Nr. 1, 1907.)

16. Vassale hat vier Fälle von Bleikolik mit Paraganglinklysmen behandelt, und zwar in einer Dosis von 130—140 Tropfen in 1 l Wasser. Prompt erfolgte Stuhl und Nachlaß der Schmerzen. In einem sehr schweren Fall war zwei Stunden später noch ein zweites Klysma

nötig, um die Schmerzen zum Schwinden zu bringen. Vassale sieht die Ursache des Erfolges in einer „regulierenden" Wirkung auf die glatten Muskelfasern, wodurch das Paraganglin nicht nur auf atonische, sondern auch auf spastische Zustände günstig einwirkt. Der Erfolg spricht auch gegen die Ansicht jener, die glauben, die Blutdrucksteigerung bei der chronischen Bleivergiftung beruhe auf einer Hyperfunktion der Nebennieren. — (Soc. med.-chir. di Modena, 6. Dez. 1906; Riv. crit. di Clin. med., Nr. 1, 1907.)

17. Paraganglin ist bekanntlich ein von Vassale hergestelltes Extrakt des Nebennierenmarkes, das stärker vasokonstriktorisch wirkt als eine 1‰ige Adrenalinlösung; es wird in der inneren Medizin viel verwendet als Tonikum für die glatten Muskelfasern, z. B. bei Magenatonie, und zwar wurde es bisher per os gegeben, ohne daß Unzuträglichkeiten bekannt wurden. Immerhin mußten die Tierexperimente, die nach Adrenalininjektionen Gefäßveränderungen erkennen ließen, zur Vorsicht bei der therapeutischen Anwendung des Mittels mahnen, und d'Amato erzielte in der Tat durch Verabreichung von 6—10 Tropfen drei- bis fünfmal täglich per os derartige Veränderungen bei Kaninchen. Silvestri hatte dagegen bei Hunden und Kaninchen durch Verabreichung von 2—3 Tropfen Paraganglin per Kilogramm innerlich in einer Dauer von zwei Monaten keinen Schaden gesehen. de Paoli nahm diese Versuche an Hunden mit noch größeren Dosen wieder auf; er konnte bis zweimal 20 Tropfen bei 4—4½ kg schweren Hunden geben, ohne daß nach monatelanger Darreichung bei der Autopsie endarteriitische Prozesse sich entdecken ließen. Die Versuchsergebnisse d'Amatos rühren daher, daß die von ihm gegebenen Dosen für Kaninchen viel zu hoch waren, etwa so, wie wenn Vf. seinen Hunden 90 bis 120 Tropfen gegeben hatte, oder wenn man einem Menschen von 60 kg 1100 bis 1300 Tropfen statt der vorgeschriebenen 40—80 verabreichen wollte. Zucker und Eiweiß fand de Paoli bei seinen Tieren nicht. Das Paraganglin ist also bei Darreichung geeigneter Dosen per os als unschädlich zu betrachten. — (Gazz. degli osped., 16. Dez. 1906.)

18. Die Erfahrungen Mandls mit Paraganglin, bekanntlich einem Extrakt des Nebennierenmarktes, erstrecken sich auf acht Fälle von Magendarmaffektionen. Man muß die Auswahl der Fälle sehr sorgfältig treffen; denn naturgemäß ist Paraganglin kontraindiziert bei allen spastischen Affektionen, während es seine günstigsten Wirkungen in atonischen Zuständen entfaltet. In sechs Fällen handelte es sich um atonische Obstipation als Teilerscheinung allgemeiner Atonie; in allen war die Wirkungsweise des Paraganglins eine einwandfreie; es genügten 4—5 Tage der Darreichung von zirka 50 Tropfen in kleinen Einzeldosen, um den Stuhl in Gang zu bringen und für längere Zeit zu erhalten; in dreien der Fälle blieb bei monatelanger Beobachtung der Stuhl geregelt; die drei anderen waren schwerer, und es mußte nach 4—5 Monaten noch ein- bis zweimal für 2—3 Tage wieder Paraganglin gegeben werden. In zwei weiteren Fällen handelte es sich um schwerere Fälle von Magenatonie; auch bei ihnen erwies sich die Darreichung des Paraganglins als nützlich. Daß man ein Mittel, das den Blutdruck so hochgradig steigert, nicht bei ohnehin schon vorhandener Blutdrucksteigerung verwendet, ist selbstverständlich; von den kleinen Dosen in anderen Fällen einen Nachteil zu befürchten, wäre unnötige Sorge. Umgekehrt werden wir von der Blutdrucksteigerung mit Vorteil Gebrauch machen können in Fällen, wo der Druck abnorm erniedrigt ist, so bei Herzerkrankungen, Pneumonie, Influenza mit Herzschwäche. Mandl verfügt über vier derartige Fälle (2 Pneumonien, 1 Myokarditis mit Schwächeanfällen, 1 Influenzarekonvaleszenz mit Herzschwäche), in denen er Paraganglin mit gutem Erfolg gab. — (Medico-technol. Journ., 1. Febr. 1907.)

19. In einem schweren Falle von Werlhofscher Krankheit mit bedrohlichen Blutungen erzielte Cianni einen prompten Erfolg durch Injektion einer Lösung von Adrenalin. hydrochlor. (Takamine) 1·0, physiologische Kochsalzlösung (mit ½% Chloreton) 1000·0, 14 Tage



täglich 1 cm³. Schon nach drei Tagen war das Blut aus den Fäzes fast verschwunden, die schweren Nasenblutungen wurden geringer und seltener. Nach 14 Tagen waren, abgesehen von Resten der Hautblutungen, alle Symptome verschwunden, das Hb war von 45 auf 70, die Erythrozitenzahl von $2^1/_2$ auf 4 Millionen gestiegen. — (Riform med. Nr. 5, 1906; Il Morgagni Riv. Nr. 7, 1906.)

Klinische Untersuchungen über ein neues Diuretikum „Theolactin". Von W. Krüger. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Das von Lüders-Charlottenburg hergestellte, von Zimmer & Co., Frankfurt a. M., vertriebene Theolactin ist ein Doppelsalz von Theobromin-Natrium und Natrium lacticum, 57·6% Theobromin enthaltend. Es ist ein hygroskopisches Pulver, das à 1 g in Oblaten gegeben wird, pro die 3—4, ja 6 g. Nach den klinischen Versuchen Krügers wirkt es gut diuretisch, gelegentlich sogar besser als Diuretin. Es ist aber ein Mittel von zweifelhafter Bekömmlichkeit; es führt leicht — auch bei ungeschwächtem Magen — zu Erbrechen und Appetitlosigkeit, eine Eigenschaft, die um so unangenehmer ist, als bei den in Betracht kommenden Fällen der Magen und die Appetenz meist nicht intakt sind. Vielleicht kann man dem durch rektale Applikation vorbeugen. Das Herz wird von Theolactin nicht ungünstig beeinflußt. Eine nachhaltende Wirkung auf die Diurese besitzt das Mittel nicht. In neuerer Zeit bringen Zimmer & Co. das Mittel in gereinigterem Zustand in Tablettenform in den Handel. — (Ther. d. Gegenwart, Nr. 1, 1907.)

Die therapeutische Anwendung des „Pyramidon" in der zahnärztlichen Praxis. Von Karl Fuchs. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Abgesehen von anderen Verwendungsmöglichkeiten, die von rein zahnärztlichem Interesse sind, fand Fuchs das Pyramidon bei Trigeminusneuralgien wirksam, ohne allerdings — bei zu kleinem Material — zu einem definitiven Resultat zu gelangen. Es wirkte jedenfalls prompt in zwei Fällen von Odontalgia rheumatica sive Periostitis rheumatica in einer Dosis von 0·5 g binnen zehn Minuten. Von Nebenwirkungen sah Vf. nicht viel; bei empfindlichem Magen gibt man vorher etwas Anästhesin; hie und da wird über leichte Benommenheit geklagt. Zweckmäßig läßt man nach dem Einnehmen die Patienten sich horizontal lagern. — (Zahnärztl. Rundsch., Nr. 7, 1907.)

Jothion. Von G. Arpa Auverny. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Das Jothion ist eine ölige, gelbliche Flüssigkeit. Arpa Auverny verwendete es 50% in Salbe mit Vaselin oder Lanolin. Das Jod wurde in dieser Form gut resorbiert: Die Jodreaktion erschien nach zirka 50 Minuten im Speichel und nach einer Stunde im Harn. Intoleranzerscheinungen rief das Präparat nie hervor, hie und da einen leichten Schmerz auf der Haut. Die therapeutischen Resultate sind dieselben, wie mit anderen Jodpräparaten. — (Ref. med., Nr. 4, 1907.)

Therapeutische Erfahrungen mit einem neuen Kolapräparat „Kolaferrin". Von W. Meitzner, Wostiz. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Kolaferrin, über das Meitzner seine Erfahrungen zur Kenntnis bringt, ist eine sirupdicke, klare Flüssigkeit von schwarzbrauner Farbe und bitterlichem, aber keineswegs unangenehmem Geschmack. Die Dosis für den Erwachsenen ist dreimal täglich 1 Teelöffel, enthaltend 0·25—0·3 g Triferrin, je 0·5 Extr. Kolae und Tinct. Chinae und 0·001 Strychnin. Kinder erhalten so oft fünf Tropfen, als das Kind Jahre zählt; man gibt das Kolaferrin nach dem Essen, Kindern auf Zucker oder in Milch; der Erwachsene nimmt Wasser oder Zuckerwasser nach. Das Medikament ist sehr brauchbar: 1. als Stomachikum bei gestörter Appetenz, besonders auch, wenn Gastralgien oder andere funktionelle Störungen damit verbunden sind, vor allem auch in der Rekonvaleszenz; 2. bei primären und sekundären Anämien, Chlorosen und den mannigfachen Beschwerden der Pubertätszeit, die auf jenen beruhen, umsomehr, je

mehr auch bei ihnen gastrische Symptome in den Vordergrund treten; 3. bei funktionellen Störungen des Nervensystems, bei Einzelstörungen sowohl wie bei Hysterie und Neurasthenie, umsomehr, je mehr gleichzeitig gastrische bezw. anämische Symptome vorhanden sind. Kontraindiziert ist das Kolaferrin bei Neigung zu Lungenblutungen. — (Klin.-therap. Wochenschr., 17. Februar 1907.)

Die Verwendung des Tropakokains in der ärztlichen Praxis. Von Dr. R. Bloch. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. bespricht zunächst die mannigfache Anwendungsweise des Tropakokains in der Augenheilkunde, wo es sich besser, ungefährlicher und in mannigfaltigerer Art bewährt hat, als Kokain. Vf. hat früher bei Zahnextraktionen stets das Kokain angewandt, hat sich aber seit 1900 ganz von diesem Mittel abgewandt, ja hält dasselbe wegen seiner Toxikationsgefahr und seiner ganz unberechenbaren Wirkung für kontraindiziert. Er verwendet jetzt fast ausschließlich nur Tropakokain für stomatologische Anästhesierungszwecke. Die niemals versagende, jeder bösen Nebenwirkungen bare Wirkung dieses Mittels, das auch ungescheut selbst bei Kindern angewendet werden kann, hat sich auch dem Eukain, Anesol, Benesol, dem Novokain und einigen mit Adrenalin kombinierten Präparaten überlegen gezeigt. Nach siebenjähriger extensivster Anwendung hat Vf. nie eine Idiosynkrasie gegen Tropakokain beobachtet. Es fehlt diesem Mittel die dem Kokain zukommende anämisierende Wirkung. Dieser Nachteil ist aber oft als Vorteil zu betrachten. Es kommt nach Tropakokainanwendung niemals zu Nachblutungen, wie sie sich sehr oft beim Kokaingebrauch eingestellt haben. Besonders eignet sich Tropakokain für Tonsillotomien. Bloch geht dann über auf die Verwendung des Tropakokains bei der Bierschen Rückenmarksanästhesie und bespricht ausführlich die günstigen Resultate von Stolz und H. Völker. Mit gutem Erfolge hat Vf. als praktischer Chirurg, der auf dem Lande ohne jede Assistenz zuweilen auch umfangreiche schwierige Operationen allein durchführen muß, das Tropakokain zur Ausführung der Infiltrationsanästhesie nach Schleich kennen und würdigen gelernt. Er hat das Tropakokain namentlich zur Behandlung der rheumatischen Affektionen als zweckdienlich befunden und bedauert, daß seine Behandlungsmethode noch immer nicht von den in der Praxis tätigen Kollegen in jenem Maße gewürdigt wurde, als sie es vermöge ihres praktischen Wertes verdient hätte. Er hält die Schleichsche Infiltrationsanästhesie mittels der aa 0·2%igen Tropakokain-Chlornatriumlösung als indiziert:

I. Als Mittel zum Zweck schmerzloser Ausführung der Points du feu.

II. Als eigentliches Heilmittel in der Eigenschaft eines Antineuralgikums, und zwar:

1. bei peripheren Neuralgien (idiopathischen Neuralgien);

2. bei den verschiedensten schmerzhaften peripheren Affektionen, die ätiologisch auf Kontusionen, Zerrungen, Verstauchungen, Sugillationen etc. zurückzuführen sind;

3. bei arthritischen Prozessen verschiedenster Art.

III. Als differentialdiagnostisches Hilfsmittel zur Unterscheidung von:

1. peripherem, zentralem oder reflektorischem Ursprunge neuralgischer Prozesse;

2. simuliertem und wirklichem Schmerz. — (Die Heilk., II. 2. 1906.)

Ichthynat „Heyden". Von Dr. H. v. Hayek. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Das Ichthynat wird durch einen der Ichthyoldarstellung analogen Prozeß aus einem Material, welches mit dem Ichthyolmaterial im Prinzip vollkommen identisch ist, dargestellt. Es ist in seinen physikalischen und chemischen Eigenschaften dem Ichthyol vollkommen ähnlich. Es ist ein organisches Schwefelpräparat, dessen Anwendungsweise in allen Fällen, in denen Ichthyol zur Verwendung gelangt, berechtigt erscheint. — (Wien. klin. Rundsch., Nr. 7 u. 8, 1907.)

Novargan. Von Dr. Schleisiek. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Das Novargan ist ein Silberpräparat, das von der chemischen Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden, hergestellt wird. Dasselbe wirkt infolge seines hohen Silbergehaltes von 10% stark gonokokkentötend, zugleich aber auch adstringierend. Es ist vollkommen reizlos. Es kommt in 5%igen Lösungen bei Zervixkatarrhen gonorrhoischer Natur oder auch bei Katarrhen anderer Natur zur Verwendung. Gute Erfolge sah Vf. auch bei der Vaginitis gon. kleiner Mädchen. — (Therap. Neuheiten, 1907.)

Ueber „Malonal". Von Mering. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Nach Dobrschansky erweise sich, daß, trotz der chemischen Identität des Malonals mit Veronal, das erstere, ohne einen beträchtlich höheren schlafmachenden Koeffizienten zu besitzen als das Veronal, entschieden toxischer sei als dieses, was sich darin ausspreche, daß zwar seine wirksame Minimaldosis nicht wesentlich tiefer liege als die des Veronals (zwischen 0·25 und 0·5), daß aber dem Malonal unbestreitbar ein höherer spezifischer Einfluß auf die motorische Zone und eine deutlichere kumulative Wirkung zukommen. Dobrschansky deute an, daß die Wirkungsunterschiede wohl auf ein abweichendes Darstellungsverfahren des Malonals zurückgeführt werden könnten. Die letale Dosis betrage nach demselben nur den dritten Teil der für das Veronal berechneten Menge; Malonal sei mithin dreimal so giftig als Veronal. Wenn Malonal und Veronal aus reinem Diäthylmalonylharnstoff bestünden, so müssen sie nach Vf. auch in pharmakologischer Hinsicht identisch sein, da genannter Harnstoff einen in chemischer Hinsicht scharf begrenzten Körper darstelle, der als solcher unbedingt stets die gleiche physiologische Wirkung auslösen müsse. Entsprechend den entgegengesetzten Resultaten Dobrschanskys und den Erfahrungen des Vfs. machen sich schon ganz minimale Verunreinigungen des genannten Körpers, die chemisch weder durch den Schmelzpunkt, noch in genügender Weise durch die Elementaranalyse zum Ausdruck kommen, durch eine Differenz in der Wirkung bemerkbar. Demgemäß weist Vf. mit Entschiedenheit darauf hin, daß die betreffenden Eigenschaften des Malonals nur auf Verunreinigungen zurückzuführen seien. Diese letzteren hängen vom Zufall ab und wechseln demnach je nach Ablieferung des Präparats. Gleichmäßigkeit der Wirkung sei aber das erste Erfordernis für ein modernes Arzneimittel.

Daß Malonal und ähnliche Veronalprodukte bedenkliche Nebenwirkungen entfalten können, hat Vf. durch Tierversuche und am Krankenbett erfahren, und er muß daher vor der Anwendung des Malonals in der Praxis dringend warnen.

Ein Veronal von absoluter Reinheit in den Verkehr zu bringen, sei bisher nur den Fabriken E. Merk-Darmstadt und Friedr. Bayer & Co.-Elberfeld beschieden gewesen. — (Wien. med. Presse, Nr. 5, 1907.)

Ueber die Verwendung des „Ichthyol" als schmerzstillendes Mittel. Von Hirschkron. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Dem Arzte steht heutzutage eine ganze Reihe schmerzstillender Mittel zur Verfügung, so z. B. Antipyrin, Phenazetin, Zitrophen, Aspirin, Antifebrin, Salipyrin, Salophen, Pyramidon etc. Diese sind jedoch nicht geeignet, auf längere Dauer ohne schädliche Wirkung gegeben zu werden; es müssen deshalb Mittel angewendet werden, die bei länger andauernden, schmerzhaften Erkrankungen Wochen und Monate ohne schädlichen Einfluß angewendet werden können. Vf. nennt Zitrophen als internes Mittel sehr wirksam und gut zu vertragen. Ein wirklich schmerzlinderndes und dabei unschuldiges Mittel sei aber das Ichthyol.

Vf. hat das Ichthyol seit 15 Jahren verwendet und dadurch seine Wirksamkeit, auch besonders als schmerzstillendes Mittel, genügend erproben können. Bei allen Arten von Rheumatismus soll es vortrefflich wirken, und zwar in folgender Weise angewendet: Mit 10% erwärmtem Ichthyol-Glyzerin tränkte man eine lange Gazebinde, lege diese um den er-

krankten Körperteil und lasse sie 3—4 Stunden liegen. Soll die Wärme konstant sein, kann ein Thermophor aufgelegt werden. Moorerde kann durch einen 5%igen Ichthyolzusatz in ihrer Wirkung wesentlich erhöht werden. Als Salbe mit kleinem Mentholzusatz sei die Wirkung des Ichthyols frappierend. Vf. nennt folgende Mischung: Einer 6%igen Ichthyolsalbe setze man 1% Menthol zu und benütze als Salbengrundlage Vaselin und Lanolin zu gleichen Teilen. Diese Salbe mit einer darübergelegten Kompresse, die in vierfach verdünnter essigsaurer Tonerde getränkt wurde, wird für den Fall, daß Wärme nicht vertragen wird, empfohlen, und ist diese Applikationsform auch angezeigt bei akuten Gichtanfällen, sowie bei Tripperrheumatismus.

Auch bei Rückenmarkskranken soll man mit Ichthyol, dem Bade zugesetzt (60 g für ein Vollbad), gute Resultate erzielen. Bei Salzbädern sei die Wirkung derselben erhöht, wenn man die kranke Stelle vor dem Bade mit Ichthyol behandle. Vf. betont auch die ausgezeichnete Wirkung, welche Ichthyol auf Juckreiz der Haut ausübt; so besonders bei Ekzembehandlung sei es das beste Mittel. Das Ichthyol wurde auch seinerzeit von Dr. Unna speziell als dermatologisches Mittel eingeführt. Für das Ekzem kommen so recht seine entzündungswidrigen, reduzierenden und antiparasitären Eigenschaften zur Geltung.

Intern wird Ichthyol als schmerzstillend empfohlen für chronischen Magenkatarrh, chronische Darmerkrankungen mit Gasansammlungen (besonders wegen seiner Wirkung auf die Flatulenz), bei Asthma durch Bauchauftreibung, zur Verbesserung der Darmverhältnisse bei Tuberkulose, bei Verstimmungszuständen durch Autointoxikationen, bei Stauungen und Gasansammlungen der Hämorrhoidarier. Die Gase werden ausgetrieben und dadurch der Zirkulation des Blutes freie Bahn geschaffen, so daß Vf., um einen effektiven Erfolg bei Hämorrhoidalkuren zu erzielen, die Anwendung des Ichthyols in vielen Fällen nicht entbehren kann.

Zum Schlusse bemerkt H., daß er von den Ersatzmitteln des Ichthyols wieder auf letzteres zurückgekommen sei. — (Deutsche Aerzte-Ztg. H. 5, 1907.)

Nervenkrankheiten.

Explorativpunktion bei Kleinhirntumoren behufs Diagnose ihres Sitzes und ihrer Natur. Von M. Ascoli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Ascoli berichtet über zwei Fälle. In dem einen war ein Zerebellartumor sicher, sein Sitz auf der rechten Seite sehr wahrscheinlich; es handelte sich am ehesten um ein Gliom. Die Punktion bestätigte den diagnostizierten Sitz und förderte Zystenflüssigkeit zutage, die wohl nur einem zystisch degenerierten Gliom oder Sarkom entstammen konnte. Die Autopsie ergab ein Gliosarcoma cysticum. Im zweiten Falle war die Diagnose Kleinhirntumor nicht sicher; es kamen noch Abszeß, Hysterie und Hydrozephalus in Differentialdiagnose. Die Punktion an der vermuteten Stelle förderte Eiter zutage; damit angelegte Kulturen blieben steril, Tuberkelbazillen fanden sich darin nicht. Es wurde nichtsdestoweniger die Diagnose auf einen tuberkulösen Prozeß gestellt, eine Diagnose, die durch die Operation wie durch die Autopsie bestätigt wurde. — (Il Policlin.; Sez. med. Nr. 4, 1907.)

An anderer Stelle (Corriére Sanit., 3. April 1907, referiert Morgagni Riv., 30. April 1907) berichtet Ascoli über drei weitere Fälle, in denen wiederholte Punktionen ergebnislos waren: in einem handelte es sich um einen Basistumor, im zweiten wahrscheinlich um multiple Herde; im dritten konnte eine Blutung aus der Meningea media ausgeschlossen werden. Derartige negative Resultate haben nur einen beschränkten Wert; immerhin dienen sie dazu, in gewissen Fällen von einer Operation abzuhalten. Unangenehme Zufälle sah Vf. nie, rät aber zu großer Vorsicht und Abwägung, ob der Eingriff unbedingt nötig ist.

Röntgen-Strahlen bei Epilepsie. Von G. Pesci. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Pesci beobachtete bei einem jungen Menschen langes Wegbleiben der epileptischen Anfälle im Anschluß an eine

Röntgen-Bestrahlung des Kopfes. Er versuchte nun die Röntgen-Behandlung in einem weiteren Falle, indem er bei einem Kranken methodische Bestrahlungen der Temporal- und Okzipitalgegend in Sitzungen von 10 Minuten zur Anwendung brachte. Innerhalb drei Monaten erhielt der Patient in drei Serien 30 Bestrahlungen. Die Anfälle wurden während der einzelnen Serien nicht seltener, aber wesentlich leichter; in den Pausen zwischen den Serien war die Intensität der Anfälle jedoch wieder wie früher. — (Giorn. di ellettric. med. Nr. 6, 1906; Il Morgagni, Riv. 20. April 1907.)

Zwei Fälle von Paraplegie nach Röntgen-Bestrahlung maligner Tumoren. Von E. Martini. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Martini berichtet über eine bisher noch unbekannte Schädigung durch Röntgen-Strahlen. In zwei Fällen, die wegen maligner Tumoren bestrahlt wurden, verschwanden zwar die Tumoren rasch, es entwickelte sich aber eine heftige Dermatitis, dann eine Paraplegie, die binnen einem Monate zum Tode führte. Die Autopsie des einen Falles bot das Bild einer Leukomyelitis, besonders im unteren Dorsal- und Lumbalmark. Diese Affektion dürfte bei der geschützten Lage des Marks nicht auf eine direkte Einwirkung der Röntgen-Strahlen zu beziehen sein; vielmehr ist anzunehmen, daß es sich um Schädigung durch Toxine handelt, die sich bei der raschen Zerstörung des Tumors bildeten. — Negro hat einen ähnlichen Fall gesehen. Ein Halslymphosarkom verschwand unter Röntgen-Bestrahlung binnen $1^1/_2$ Monaten. Kurz darauf bekam der Patient eine akute Myelitis und starb binnen 10 Tagen. — (R. Acc. med. di Torino, 15. Februar 1907; Morgagni Riv., 23. April 1907.)

Zu dem Kapitel „Zwei Fälle von Paraplegie nach Röntgen-Bestrahlung etc.“ Von M. Bertolotti. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Bertolotti, Direktor des Turiner radiologischen Instituts, ist betreffs der Genese der Paraplegie in den beiden im vorigen Aufsatz erwähnten Fällen anderer Ansicht. In dem ersten Falle, der wegen eines Halslymphoms bestrahlt worden war, handelte es sich um einen alten Luetiker (obendrein ganz unbehandelt) und Alkoholiker; sollte es sich da bei der Paraplegie der Beine nicht um eine luetische Manifestation gehandelt haben? Und bei dem zweiten Fall, bei dem die Autopsie keine Geschwulstmetastasen im Rückenmark ergeben hatte, war die Autopsie keine vollständige, ferner waren schon vor der Bestrahlung Symptome da, die das Rückenmark nicht intakt erscheinen ließen: leichte Störungen im Gang und der Harnentleerung. Wahrscheinlich handelte es sich dabei doch um das Uebergreifen eines Sarkoms der linken Dorsalgegend auf das Mark. Und es ist wenig wahrscheinlich, daß die supponierten Toxine sich gerade nur auf das Rückenmark stürzen sollten. Vf. glaubt übrigens, daß die Röntgen-Dermatitis, wie sie auch in diesen beiden Fällen vorhanden war, sich meist auf dem Boden einer im Zustand des Nervensystems bedingten Disposition der Haut entwickelt. — (Riv. internaz. di terapia fisica Nr. 4, 1907.)

Diagnose und Behandlung der multiplen Neuritis. Von F. X. Dercum. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die Bemerkungen Dercums über die Diagnose und Differentialdiagnose der multiplen Neuritis bieten nichts, was nicht in einem guten Lehrbuch zu finden wäre. Therapeutisch ist in erster Linie strikte Bettruhe indiziert, unter Ruhigstellung der schmerzenden Glieder durch Kissen oder Wattebäusche. Genügt dies nicht, treten Analgetica, eventuell Morphium in ihr Recht; besonders günstig wirkt Morphium mit Phenazetin kombiniert. Ist für Schmerzstillung gesorgt, so ist die ätiologische Therapie einzuleiten. Ist die Ursache eine toxische, so ist die Entfernung dieser Ursache das Nächste; speziell gilt dies für den Alkohol. Liegt eine krankhafte Diathese vor, etwa ein rheumatische, so ist für reichliche Diaphorese zu sorgen; dabei ist zur Durchspülung des Körpers reichlich Flüssigkeit zuzuführen. Bald geht man dann zu Salizylsäurepräparaten über, die nicht nur bei der rheumatischen, sondern auch bei anderen Formen

wohltätig wirken; wichtig ist dabei, daß sie den Magen nicht reizen sollen. Besser als das Natronsalz wird das Ammoniumsalz in neutraler Lösung ertragen. Aspirin, in Dosen von 0·3—0·9, wirkt gut, wird aber gelegentlich nicht ertragen; Salophen ist bekömmlicher, aber weniger wirksam. Diese Behandlung ist 1—2 Wochen fortzusetzen; dabei hat man das Herz sorgfältig zu überwachen, eventuell Digitalispräparate anzuwenden. Nach Aussetzen der Salizylpräparate gibt man Piperazin oder besser noch Lyzetol, in Einzeldosen von 0·9, gut verdünnt. — In mehr subakuten und chronischen Fällen hat langes Weitergeben von Salizyl oder Piperazin keinen Zweck. Man gibt kleine Dosen Sublimat (à 0·002) oder Jodkali dreimal täglich 0·3—0·9 oder beides zusammen; besonders von lang fortgegebenen Sublimatdosen sieht man gelegentlich Günstiges. Da die Patienten Neigung zu Anämie und Abmagerung zeigen, sind weiter Eisenpräparate, Strychnin, Arsen und Nährpräparate indiziert. Dabei kräftige Ernährung und, wenn die Schmerzen aufgehört haben, Massage, in späteren Perioden Faradisation, besonders der Extensoren. Für Folgezustände tritt orthopädische Behandlung ein. — (The Therapeutic Gazette, 15. Juni 1907.)

Ueber Proponal als Schlafmittel bei Geisteskranken. Von Dr. Strobl. Ref. Paul Lißmann, München.

Das von Merck in den Handel gebrachte Proponal stellt eine Propylverbindung der Barbitursäure dar und wirkt in Dosen von 0·2—0·5 g ähnlich, aber stärker als das bekannte Veronal ohne schädliche Nebenwirkungen. Vf. wandte es bei Geisteskranken, bei denen alle anderen Schlafmittel versagt hatten, mit gutem Erfolg an. Bei vier Idioten mußte er die Dosis allerdings auf 1 g pro die steigern, erzielte aber ohne jede Nebenwirkung einen 4—6stündigen Schlaf; bei Dementia praecox und periodischen manischen Erregungen erzeugten schon 0·5 g Proponal anhaltenden Schlaf. Nur bei einem Paralytiker, der dreimal hintereinander 1 g pro die erhalten hatte, traten Benommenheit, Sprachstörungen und allgemeine Paresen auf, die aber nach 24 Stunden wieder schwanden. Die übrigen Paralytiker reagierten ohne Schaden nach 0·5—0·6 g durch Schlaf und Abnahme der Erregungszustände.

Im Delirium tremens und Delirium epilepticum erzielten 0·5—1·0 g Proponal Schlaf, im Status epilepticus reichten aber 0·4 g nicht zur Beruhigung der Krämpfe aus. Bei einem Rückenmarkskranken erwies es sich als schmerzlinderndes Mittel.

Vf. preist zum Schluß die gute Wirkung des Proponals als Schlafmittel, das als Pulver oder in alkalischer Lösung mit etwas Syrup gerne genommen wird. — (Pester med.-chir. Presse Nr. 52, 1906.)

Ueber schmerzhaften Gesichtstic. Von Albert Robin. Ref. Paul Lißmann, München.

Vf. berichtet über einen 62jährigen Mann, der an einem ganz außerordentlich schmerzhaften Gesichtstic seit 10 Jahren erkrankt war, ohne früher Lues oder Sumpffieber gehabt zu haben. Die Zuckungen traten vom mittleren Facialisast ausgehend im ganzen Gesicht auf und konnten durch den geringsten Druck, selbst durch einen Luftzug, ausgelöst werden. Jede medikamentöse Therapie, wie Salizyl, Chinin, Pyramidon, Brom, Exalgin, Phenacitin, auch verschiedene Kompositionen dieser Mittel waren erfolglos und der Kranke äußerte infolge seiner Schmerzen bereits Selbstmordideen. Die nun versuchten Injektionen mit Osmiumsäure, Alkohol, Kokain waren ziemlich wirkungslos.

Vf. wandte nun Injektionen von 25%igem Glyzerinphosphat-Natrium direkt in den Nerv eingespritzt oder in dessen Umgebung an und erzielte damit eine bedeutende Erleichterung der Schmerzen. Die Einspritzungen wurden täglich wiederholt und bereits nach vier Tagen konnte der Patient wieder schlafen. — (Journ. des Praticiens, S. 409, 1906.)

Heilung der Neuralgien durch Eukain-Injektionen. Von Opitz. (Aus der inneren Abteilung der Krankenanstalt Altstadt-Magdeburg.) Ref. F. Perutz, München.

Zu den Einspritzungen wurde eine Lösung von Eukain 0·5 in 30·0 Aq. dest.



mit einigen Tropfen Suprarenin verwendet. Nach Anlegung einer Hautquaddel wurde mit einer langen Nadel am Druckpunkt des Nerven eingestochen und bei Berührung des Nerven, die sich durch Zusammenzucken des Patienten kundgibt, die Flüssigkeit injiziert. Unter elf Fällen von Ischias, die so behandelt wurden, wurde achtmal Heilung, dreimal Besserung erzielt. Bei akuten Fällen genügten 1—2 Injektionen, bei chronischen Fällen mußten sie mehrmals wiederholt werden. Einige jahrelang vergeblich behandelte Kranke wurden nach wenigen Einspritzungen von dem Leiden befreit und konnten wieder die Arbeit aufnehmen. Opitz empfiehlt deshalb, besonders in diesen hartnäckigen Fällen, das relativ einfache Verfahren. — (Klin.-therap. Wochenschr., Nr. 14, 1907.)

Chirurgie.

Appendizitis.

1. **Beiträge zur pathologischen Anatomie der chronischen Appendizitis.** Von Privatdozent Dr. S. Oberndorfer, München. Ref. Fritz Loeb, München.
2. **Beitrag zur internen Behandlung der Appendizitis.** Von Maximilian Pfister. (Aus der med. Klinik in Heidelberg.) Ref. Fritz Loeb, München.
3. **Die zunehmende Appendizitis und Maya-Yoyhurt als Prophylaktikum.** Von Katschi, Brasso (Siebenbürgen). Ref. F. Perutz, München.
4. **Zur internen Behandlung der Perityphlitis.** Von R. Zollikofer, St. Gallen. Ref. F. Perutz, München.
5. **Ueber die Bewertung der Frühsymptome bei der Entzündung des Wurmfortsatzes.** Von C. Beck, New-York. Ref. F. Perutz, München.
6. **Soll der Appendix als ein wertloses Organ entfernt werden, wenn wegen anderer Ursachen das Abdomen eröffnet wird?** Von Lapthorn Shmith. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
7. **Zur Pathologie der Appendizitis.** Von M. Flesch, Frankfurt a. M. Ref. F. Perutz, München.
8. **Ueber den Schmerz links beim Krankheitsbild der Appendizitis.** Von M. Mathes, Köln. Ref. F. Perutz, München.
9. **Eine Funktion des wurmförmigen Fortsatzes.** Von Dr. Hofer, Clear Lake. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

1. Oberndorfer faßt seine Untersuchungsergebnisse in folgenden Sätzen zusammen: 1. Neben der akuten diphtherischen und nekrotisierenden Appendizitis kommt überaus häufig eine chronische interstitielle Entzündung des Wurmfortsatzes vor. 2. Sie ist verursacht durch vom Appendixlumen einwandernde Bakterien oder deren Toxine. 3. Die chronische interstitielle Appendizitis beginnt mit einer Schwellung der Follikel und erhöhter Zellulation in denselben, deren Ausdruck die vermehrte Abfuhr von Lymphozyten in den Lymphgefäßen ist. An diese Veränderungen des Lymphapparates schließt sich eine Wucherung jugendlicher Bindegewebszellen in den inneren Schichten der Submukosa an. Die Mukosa wird anfänglich nicht in den Bereich der entzündlichen Vorgänge gezogen. 4. Diese Bindegewebsproliferation führt allmählich zu einer starken Verdichtung der inneren Submukosa; die einsetzende narbige Schrumpfung des Bindegewebes bedingt einerseits ein Abheben der Submukosa — deren innere Partie sich allein zusammenzieht — von der Muskulatur; den freiwerdenden Raum füllt Fettgewebe aus; anderseits bedingt sie eine Kompression und Atrophie der Mukosa. 5. Das gewöhnliche Endstadium dieser Proliferations- und Vernarbungsprozesse in der Submukosa ist die Obliteration des Wurmfortsatzes. Das sich hiebei bildende zentrale Bindegewebspolster besteht aus den Resten der Mukosa, deren Drüsen vorher zugrunde gehen, und der sklerotischen inneren Submukosa. 6. Der Obliterationsprozeß wird in diesem Ablauf aufgehalten, wenn das Lumen der Appendix eingedickte Massen oder sogenannte Kotsteine enthält und ein Zusammensinken der Wände dadurch ausgeschlossen ist. Hiebei verdichtet sich die Submukosa ebenfalls, die Mukosa atrophiert, ihre Drüsen bleiben zum Teil erhalten oder gehen durch Kompression zugrunde. 7. Bei der chronischen interstitiellen Appendizitis tritt stets eine sehr starke Vermehrung der elastischen Elemente, besonders in der Muskulatur, ein, die die Degeneration der kontraktilen Elemente kompensiert. 8. Die Degenera-



tion der Muskelzellen erfolgt auf dem Wege der einfachen Atrophie, der Verfettung, sehr häufig der Pigmentdegeneration. 9. In den Endstadien der Sklerosierungsprozesse tritt nahezu regelmäßig eine auffallende Lagerung der Kerne ein in Form einer parallelen Schichtung, die vielleicht als Ausdruck einer „Ruhestellung der Muskelzellen" aufgefaßt werden darf. Zellkerne und Zellenden schichten sich hiebei genau übereinander. 10. Sowohl der Inhalt der Appendix, der meist für Kot angesehen wird, als auch die Kotsteine bestehen größtenteils aus Sekretions- und Desquamationsprodukten der Appendixschleimhaut selbst. Einen weiteren wesentlichen Bestandteil bilden Bakterien. Kotpartikel finden sich nur ausnahmsweise. — (Habilitationsschr., München 1906.)

2. Pfister faßt seine Ergebnisse in folgenden Schlußsätzen zusammen:

a) Jede als Appendizitis diagnostizierte Erkrankung soll mit Opium, wenn nötig mit großen Dosen, und Eisblase behandelt werden, mit Ausnahme derjenigen akuten Fälle, die von vornherein durch einen schweren Allgemeineindruck (kleiner frequenter Puls, Bauchdeckenspannung etc.) eine beginnende allgemeine Peritonitis durch Gangrän oder Perforation vermuten lassen; in diesen Fällen ist eine sofortige Operation angezeigt. Für die unbedingte Frühoperation am ersten oder zweiten Tage der Krankheit vermögen wir nach dem heutigen Stande der Frage nicht einzutreten.

b) Eine Operation kann nötig werden, wenn im weiteren Verlauf sich Symptome einer beginnenden Perforation herausstellen, Zeichen einer sicheren größeren Eiteransammlung vorhanden sind und die Allgemeinerscheinungen bedrohliche Verschlimmerung zeigen. Bei genauer Beobachtung in einer Klinik sind diese Zeichen nicht zu übersehen, und eine sofortige Operation kommt dann nicht zu spät.

c) Bei verzögerter Heilung, mangelhafter Resorption des Exsudats, ständigen Schmerzen etc. ist ebenfalls eine Operation indiziert.

d) Bei ein- oder mehrmaliger Wiederholung des Anfalles ist die sofortige Frühoperation oder besser, wenn möglich, die Intervalloperation unbedingt anzuraten. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 1 u. 2, 1907.)

3. Maya-Yoyhurt ist eine Art gegorener Milch (ähnlich wohl wie Kumys und Kefir), die sich in den Balkanländern einer besonderen Beliebtheit erfreut und durch eine besondere Milchsäuregärung erzeugt wird. Sie ist gut zu nehmen und enthält die Nährsubstanzen der Milch in leicht assimilierbarer Form. Die Gärungserreger, im wesentlichen Bacill. acid. lact. vermögen durch ihre rapide Vermehrung im Darm die Entwicklung der der Koligruppe angehörenden Bazillen ziemlich zu hindern. Als Ausdruck dafür sollen sich in den Fäzes der Personen, die Maya-Yoyhurt genießen, diese Bakterien nur in geringer Menge finden. Infolge dieser und seiner die Darmtätigkeit anregenden Eigenschaften sieht Katschi im Maya-Yoyhurt ein wichtiges Desinfektionsmittel, das berufen ist, bei der Prophylaxe der Appendizitis eine bedeutungsvolle Rolle zu spielen, da deren gehäuftes Auftreten ihm wie einigen französischen Autoren die Wirkung der vermehrten Darmfäulnis durch die Zunahme der Fleischkost und der gleichzeitigen mangelhaften Darmtätigkeit zu sein scheint. (Diese Erklärung und die an die Wirkung der Maya-Yoyhurt geknüpften, noch nicht begründeten Erwartungen sind jedenfalls mit großer Reserve aufzunehmen. Anm. d. Ref. — (Reichs-Med.-Anz. 1906.)

4. Zollikofer empfiehlt aufs wärmste bei der Behandlung der Appendizitis die rektale Zufuhr von Wasser, durch die sich der beim durstenden Körper vermehrten Eiweißzerstörung vorbeugen und vielleicht auch eine entgiftende Wirkung auf den Körper ausüben läßt. Die völlige Entziehung der Nahrung konnte er bei gleichzeitiger Wasserdarreichung per rectum ohne Schwierigkeit und ohne Schädigung der Patienten über Tage ausdehnen. Eine Anregung der Peristaltik hat er bei Anwendung von physiologischer Kochsalzlösung im Gegensatz zu den früher empfohlenen

Nährklysmen nicht gesehen. Auch läßt sich diese unerwünschte Nebenwirkung durch Zusatz einiger Tropfen Opiumtinktur bei den ersten Einläufen leicht begegnen. Im ganzen hat er 26 leichtere und schwerere Fälle mit dieser Methode behandelt und keinen verloren. Erbrechen, Meteorismus, Fieber schwand meist innerhalb der ersten 2—3 Tage. Die Qual des Durstens blieb den Patienten vollkommen erspart. Zu den Einläufen benützt Vf. eine 6°/₀₀ige Kochsalzlösung von 40° C.; davon wird mittels Irrigator täglich 2 l auf 3—4 Portionen verteilt, unter geringem Druck infundiert. Zusätze von Ichthyol oder Kollargol hält Vf. für entbehrlich. Außer eßlöffelweise gereichtem Tee wird jede Flüssigkeitszufuhr von oben vermieden. Von Opium Gebrauch zu machen, hatte Vf. bei dieser Behandlungsweise nur ausnahmsweise nötig. — (Korr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte, Nr. 17, 1906.)

5. Auf dem Boden eines chronischen Reizzustandes, hervorgerufen durch hereditäre Momente, durch Lebensweise oder Zirkulationsvorgänge, kommt es zum akuten Anfall, der als ein infektiöser Vorgang aufgefaßt werden muß. Charakteristisch für die Appendizitis ist die Spannung der Bauchmuskulatur und der durch palpatorischen Druck ausgelöste Schmerz, das „Insichzusammenfahren“ des Kranken, sobald man tastend in der Cökalgegend in die Tiefe einzudringen versucht, nachdem man sich langsam der kranken Stelle genähert hat. Die Unmöglichkeit, die Dignität der Erkrankung im Frühstadium zu erkennen, die Tatsache, daß trotz des gutartigen Beginnes sich eine Perforation vorbereiten kann, die in wenigen Stunden zur Peritonitis führt und die Prognose ganz ungünstig gestaltet, veranlaßt Beck, auch hier wieder den radikalen Standpunkt der Frühoperation zu vertreten. Bei der Häufigkeit der Rezidive, die in Amerika bereits das Sprichwort gezeitigt hat: „Once appendicitis, alrays appendicitis“ befürwortet er bereits nach dem ersten ohne Eingriff überstandenen Anfall die Operation im Intervall. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 89, Nr. 1—4.)

6. In Europa, wo das chirurgische Denken mehr und mehr aggressiv bezüglich des Appendix wird, nimmt das Gefühl mehr und mehr zu, daß der Appendix nichts mehr nützen könne und daß es nicht angehe, die Patienten dem Risiko einer Appendizitis auszusetzen, wenn man dieses Organ ohne besondere Gefahr für die ursprünglich zu machende Operation mit entfernen könne. Gar manchmal hat der Vf. das rechte Ovarium und die Tube wegen fortdauernden Schmerzen in der rechten Seite ohne nachfolgende Erleichterung der letzteren entfernt und sah sich genötigt, in einer zweiten Operation den Wurmfortsatz zu entfernen, um endlich einen vollen Erfolg zu erzielen. Eine zweite und dritte Operation aber bedeutet nach der Ansicht der meisten Fachmänner nicht nur für eine Frau ein Unglück, sondern diskreditiert sowohl den Chirurgen als auch seine Kunst.

Edebohls, der als erster den Mut hatte, in einer Sitzung sechs oder sieben Operationen durchzuführen, hat die Genugtuung erlebt, zu sehen, daß seine Ansichten allgemein angenommen wurden.

In einem selbst erlebten Falle hatte Vf. einen breiten ligamentären eiterigen Zystentumor der linken Seite entfernt. Tube und Ovarium waren verwachsen mit dem Tumor. Die rechte Tube reichte nicht ganz bis zum Uterus, und dies erklärte die bestehende Amenorrhöe. Vf. untersuchte, da er allein war, den Appendix nicht, obwohl der gute Zustand der Patientin eine Verlängerung der Narkose um 10 Minuten gut ertragen hätte.

Vier Monate nach dieser Operation begannen heftige Schmerzen in der rechten Seite, begleitet von Erbrechen, hoher Temperatur und Diarrhöe; solche Attacken erfolgten mehrmals.

Die Untersuchung stellte eine harte Masse von Nierenform oberhalb des Mac Burneyschen Punktes fest und nach früheren Erfahrungen war Vf. geneigt, einen Nierenabszeß mit Durchbruch in den Darm anzunehmen. Die Operation ergab jedoch einen kurzen, in Adhäsionen tief eingebetteten Appendix, der in die Bauchhöhle durchgebrochen war. Zwei Tage nach der Operation starb die 21jäh-

rige Frau. Vf. ist überzeugt, daß dieselbe noch am Leben wäre, wenn er bei der ersten Operation das andere Ovarium, Tube und Appendix entfernt hätte, wie er es zu tun gewohnt war, bevor die neue Welle des Konservatismus kam; manche Bekannte der Verstorbenen würden nun wohl vor den einfachsten und sichersten chirurgischen Eingriffen zurückschrecken. (The americ. journ. of obstetrics, Febr. 1907.)

7. Flesch hält den Wurmfortsatz nicht für ein rudimentäres oder in regressiver Metamorphose befindliches Organ, sondern glaubt, daß ihm durch „Funktionswechsel" die Rolle einer Drüse zugefallen ist. Seine einem wichtigen Klappenapparat benachbarte Lage erlaubt einen Vergleich mit den hinter dem Pylorus befindlichen Brunnerschen Drüsen. Auch seine Erkrankungsformen sollen Parallelen mit den bei drüsigen Organen beobachteten Entzündungen bieten. In einer geminderten Darmsekretion infolge blander, ballastarmer Nahrung, wie sie eine vorwiegende Fleischernährung abgibt, ist vielleicht auch die Disposition zur Appendizitis zu suchen. Vf. verweist dabei auf England, das bezüglich Häufigkeit der Appendizitis an erster Stelle steht. Ob sie bei uns absolut zugenommen hat, darauf gibt die Statistik noch keine einwandfreie Antwort. Daß sie als Folge allgemeiner Lebensverhältnisse auftritt, dafür spricht die Häufigkeit der Krankheit in einer Familie, besonders unter den am gleichen Ort unter gleichen Bedingungen lebenden Familiengliedern, wofür Vf. einige Beispiele anführt. Auch mag eine anatomische Familiendisposition durch größere Längenentwicklung des Organs mitspielen.

Durch die hier skizzierte Auffassung ist zugleich der Prophylaxe ein Weg gewiesen, der einfacher und aussichtsvoller ist als die aus der Degenerationstheorie abgeleiteten Schlüsse, die in extremer Konsequenz auf eine prophylaktische Entfernung des Appendix hinauslaufen müßten. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 5, 1907.)

8. In dem einen der mitgeteilten Fälle war eine Appendizitis vorausgegangen, Patient erkrankte neuerdings mit Fieber, Schmerzen und Druckempfindlichkeit in der linken Unterbauchgegend, Bauchdeckenspannung. Unter der Annahme einer von der Appendix ausgehenden sekundären Infektion Operation. Befund: Frische Perikolitis um die Flexura sigmoidea, die möglicherweise doch mit der früheren Appendizitis im Zusammenhang stand. Heilung.

Im zweiten Falle war bei brüsk fieberhaftem Beginn die Empfindlichkeit auf die Ileo-Cökalgegend beschränkt, zog dann am nächsten Tag mehr ins linke Epigastrium und nach hinten in die Lumbalgegend. Es bildete sich ein linksseitiges Pleuraexsudat. Diagnose: subphrenischer Abszeß links, unklarer Ursprung. Operationsbefund: Fettgewebsnekrose des Pankreas. Exitus. Eine bestehende Glykosurie hätte auf die Möglichkeit einer Pankreasaffektion hinweisen können. — (Med. Klinik, Nr. 1, 1907.)

9. Gelegentlich einer Schußwunde bei einem 10jährigen Knaben in dem Cökum sah Hofer nach Erbrechen während der Operation eine Quantität von leicht strohgelber Flüssigkeit aus dem Appendix in die Wunde einfließen. Durch diesen Vorgang aufmerksam gemacht, befaßte sich Vf. näher mit den anatomischen und histologischen Verhältnissen des Wurmfortsatzes und beschreibt in seiner Arbeit die Ergebnisse seiner Studien. Er bespricht jede einzelne Schichte der Wunde desselben, Serosa, Muskulatur, Submukosa und Mukosa samt Lymph- und Blutgefäßsystem in jeder Schichte. Bezüglich der Mukosa erwähnt Vf., daß dieselbe bei älteren Individuen sich durch Dehnung nicht ausglätten lasse wegen des vermehrten Wachstums der Submukosa und deren Ausbreitung auf Kosten der Muscularis mucosae innerhalb der interzellulären Räume, und zwar je mehr die begleitende Rigidität des Wurmfortsatzes mit dem Greisenalter zunehme. Vf. erwähnt verschiedene Autoren, die gleiche Beobachtungen hinsichtlich der Sekretion des Appendix gemacht haben oder Zysten bei demselben beobachteten, speziell Macewen, der gelegentlich einer Explosionsverletzung beobachtete,

daß, kurz bevor der Chymus durch die Ileocökalklappe passierte, ein Flüssigkeitserguß vom Appendix aus sich zeigte. Das Fluidum reagierte alkalisch. (Auch von Flesch-Frankfurt wurden ähnliche Beobachtungen in der Münch. med. Wochenschrift, 1907, veröffentlicht. D. Ref.)

Vf. kommt zu dem Schlusse, daß der Wurmfortsatz, falls ihm eine Funktion zukommt, seine größte physiologische Tätigkeit entwickle während der Zeit, bis der Intestinalkanal vollständig organisiert sei. Während nämlich der Appendix am Ende des ersten oder zweiten Lebensjahres vollständig entwickelt sei, sei zu dieser Zeit der Intestinalkanal nur zirka 12 Fuß lang, und sei erst mit dem 20. bis 25. Lebensjahr ganz entwickelt. Damit, daß ein Kind mit 10 Jahren dieselbe Nahrung wie ein Erwachsener ertrage, ist nach Vf. ein Beweis für seine obige Ansicht gegeben, daß der Wurmfortsatz in der Jugendzeit wenigstens eine kompensatorische Funktion habe. Damit stimme denn auch überein, daß mit dem Alter von 20 Jahren vermittels der Zunahme des Bindegewebes in der Submukosa eine Obliteration beginne. Die Submukosa des Appendix ist zirka 2 oder 3 mm dick im jugendlichen Lebensalter und wird dicker zu der Zeit, wenn der Intestinalkanal sich ganz entwickelt, und dies auf Kosten der Mukosa, deren Drüsen (zirka 25.000 Lieberkühnsche Drüsen befinden sich nach Kelley in derselben) auf diese Weise zugrunde gehen. Aehnliche Prozesse sieht man am Urachus, an der Arter. hypogastr., am Nabelgewebe, an den Samenbläschen und der Tub. Fallop, wenn diese Organe die Zeit ihrer nützlichen Tätigkeit hinter sich haben. Nach Vf. haben mit diesen Obliterationsvorgängen in den Entwicklungs- und noch etwas späteren Jahren auch die dysmenorrhoischen Beschwerden junger Mädchen und Frauen einen gewissen Zusammenhang, die häufig auf die Appendixgegend lokalisiert werden, ohne daß der exstirpierte Appendix ihm in solchen Fällen krankhafte (auch nicht mikroskopische) Veränderungen erwies, wenn auch die dysmenorrhoischen Beschwerden nach der Operation verschwunden waren. Vf. neigt der Ansicht zu, hätte man mit der Operation in solchen Fällen noch ein paar Jahre gewartet, so hätte man wohl — nach vollständiger Entwicklung des Intestinalkanals — Obliterations-Veränderungen sehen können, abgesehen davon, daß dann überhaupt wohl die Operation nicht mehr nötig gewesen wäre. — (The St. Paul Medical Journal, Jänner 1907.)

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der Alveolarpyorrhöe. Von Römer, Straßburg. Ref. Einstein, Stuttgart.

Nach eingehender Schilderung des histologischen Bildes kam Vortragender auf die Therapie zu sprechen. Sie besteht in radikalem Ausbrennen der erkrankten Stellen mit dem Paquelin oder Anwendung von starken Antisepticis. Sehr gut bewährt hat sich der Kaubalsam Sahir, der dem geschwollenen, schmerzhaften, leicht blutenden Zahnfleisch wieder die normale Beschaffenheit gibt und vor allem den Foetor oris beseitigt. — (Verh. d. Vers. deutsch. Naturf. u. Aerzte, Stuttgart 1906.)

Ohrenheilkunde.

Die Behandlung des chronischen Mittelohrkatarrhs. Von Dr. Ernst Urbantschitsch, Wien. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Vf. gibt in seiner Arbeit eine ausführliche Beschreibung der Behandlung des chronischen Mittelohrkatarrhs und ist trotz des sonst allgemeinen Vorwurfes, daß sie äußerst langwierig und undankbar sei, mit seiner Behandlungsmethode zu ganz guten Erfolgen gekommen. Zunächst wird die Behandlung der Ohrtrompete, so lange diese allein vom Katarrh ergriffen ist, besprochen, und dabei namentlich die notwendige Behandlung des Nasen-Rachenprozesses berührt. Ist der Katarrh in die Paukenhöhle vorgedrungen, so hat die Behandlung die Schleimhautveränderungen möglichst zur Norm zurückzuführen, ferner ein Weiterschreiten des Prozesses hintanzuhalten und die Beweglichkeit der Gehörknöchelchenkette zu erhöhen.

Die lokale Behandlung, welche der Mobilisierung der Gehörknöchelchen dient,

sei ziemlich vielgestaltig und muß dies auch sein. Die Hauptbehandlung sei hier 1. die Massage und 2. die Elektrizität. Die Massagemethode teilt Vf. ein:

1. in Massage des äußeren Ohres und dessen Umgebung;

2. der Ohrtrompete;

3. des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen.

Unter 1 wird die manuelle und die maschinelle (Vibrationsmassage und Perkussionsmassage) des äußeren Ohres näher besprochen, unter 2 die Vibrationsmassage der Tube, die Friktionsmassage der Ohrtrompete, sowie die Massage des Tubenostiums erläutert, unter 3 die Massage des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen mittels Luftpumpe (Pneumomassage) beschrieben, auch die direkte Gehörknöchelchenmassage mittels Lucae scher Drucksonde besprochen. Die Elektrizität soll in dreifacher Form angewendet werden:

1. als Faradisation,
2. als Galvanisation,
3. als Franklinisation.

Vf. bespricht die Art der Anwendung der Elektroden und die Wirkung der Faradisation, die Dosierung der Stärke, die Dauer der Sitzung, sowie auch die Galvanisation mit äußerer und innerer Anordnung, und hier auch die kathalytische Methode nach dem Vater des Vfs. (Prof. Viktor Urbantschitsch).

Die Franklinisation wird in Form der „elektrischen Duschen" verwendet, zeigt aber gegenüber den anderen Arten der Elektrisierung keine besonderen Vorzüge; wenn auch nicht geleugnet werden kann, daß die erwähnten Methoden einen günstigen Einfluß auf die Rückbildung der katarrhalischen Veränderungen der Schleimhaut ausüben könnten, so scheiterte bisher doch jeder therapeutische Eingriff in vorgeschrittenen Fällen von Adhäsivprozessen. Mit Freuden begrüßt Vf. deshalb die Verwendung des Fibrolysin für letztere Fälle. Als Ort der Injektion empfiehlt er die Haut des Oberarmes. Er beginnt mit einer Dosis von 0·3; wird diese gut vertragen, steigt er das nächstemal auf 0·6, dann auf 1·0, 1·5 und schließlich auf die volle Dosis von 2·3. Zeigt sich nach 8—10 ganzen Injektionen nicht der geringste Erfolg, so ist — wenn es sich nicht um ganz besonders schwere Fälle handelt — ein solcher auf diesem Wege in der Regel auch nicht mehr zu erwarten. Tritt jedoch eine Besserung auf, so ist die Kur bis zu 20—50 Injektionen durchzuführen; am besten wöchentlich dreimal.

Bei der Durchführung dieser Therapie ist es jedoch von großer Wichtigkeit, sich der Wirkungsweise des Fibrolysins stets bewußt zu sein. Denn dadurch, daß er nur pathologisches Bindegewebe erweicht, liegt die Hauptsache der Behandlung in der Verwertung der nunmehr erfolgten Dehnbarkeit des pathologischen Gewebes. Man darf sich also nie auf die Einspritzungen allein beschränken, sondern hat außerdem eine energische Behandlung zur Mobilisierung der Gehörknöchelchenkette durchzuführen.

Die Unterlassung der letzteren dürfte auch der Grund sein, warum manche Versuche mit Fibrolysin erfolglos bleiben, während andere Autoren über ihre Thiosinamin- und Fibrolysinversuche Günstiges berichten.

Als Nebenerscheinungen dieser Injektionen beschreibt Vf.: 1. Lokale: Brennen, Verfärbung der Haut, Bildung von Knötchen an der Injektionsstelle und 2. Allgemeine: Eingenommenheit des Kopfes, Kopfschmerzen. Nach der Einspritzung allgemeine Mattigkeit durch einige Stunden, sowie Müdigkeit in einzelnen Extremitäten, und außerdem hatte er bei einem Mädchen 12 Stunden nach jeder Einspritzung menstruelle Blutungen von der Dauer wie sonst die regelmäßige Menstruation währte, und war deshalb veranlaßt, die Einspritzungen aufzugeben. Gegenüber früher trifft Vf. für die Behandlung eine genaue Auswahl der Fälle, und zwar nimmt er nur ausgesprochene Fälle von chronischem Mittelohrkatarrh und beginnender Sklerose für dieselbe vor. Nach seinen Beobachtungen erstreckt sich der günstige Einfluß der Behandlungsart nicht sowohl auf das Hörvermögen, wie auf die subjektiven Gehörempfindungen, zuweilen nur auf eines von beiden, häufig auf beide. Darin, daß er zu Injektionen nur Fälle herangezogen

hat, bei denen die üblichen Behandlungsmethoden keinen besonderen Erfolg nach fast durchwegs jahrelanger Behandlung aufgewiesen haben, sieht er einen Beweis, daß nicht die neben den Injektionen ausgeführten therapeutischen Maßnahmen das Ausschlaggebende waren, sondern nur in Verbindung mit den Einspritzungen den Erfolg zeitigten. — (Klin.-therap. Wochenschr., Nr. 6, 1907.)

Laryngologie und Rhinologie.

Ueber die Behandlung des akuten Katarrhs der oberen Luftwege. Von Prof. Dr. Otto Seifert. Ref. Weil, Wien.

Als allgemeine Therapie empfiehlt Vf., das Bett oder wenigstens das Zimmer zu hüten; Alkohol, besonders Bier, ist zu verbieten, während kleine Quantitäten eines leichten Rotweins unter Umständen gestattet werden können. Von großem Vorteil scheint der Genuß von reichlichen Mengen alkalischer Säuerlinge zu sein. Tabakgenuß ist strengstens zu untersagen (er behagt den Kranken ohnedies nicht. Ref.), scharf gesalzene und gewürzte, sowie zu heiße Speisen sind nach Möglichkeit zu vermeiden.

Spezielle Therapie: Bei akuter Rhinitis der Säuglinge 2—3mal täglich Einblasung von Bismut. subnitr. 5·0, Acid. borici 3·0, eventuell mit Zusatz von Menthol 0·5. — Auch scheut sich Vf. nicht, durch einige Tropfen 5%iger Kokain-Alypinlösung die Nase frei zu machen. Außerdem läßt er von dem altbewährten Hagerschen Schnupfenmittel (Acid. carbol. Liqu. ammon. caust. āā 5·0, Aq. dest. 10·0, Spirit. 15·0) mehrmals täglich 10—15 Tropfen auf das Kissen gießen. Bei älteren Kindern läßt er auch Kampferdämpfe einatmen. Eine Messerspitze voll gestoßenen Kampfers wird in ein Glas voll heißen Wassers gegeben und mit Hilfe eines Papiertrichters werden die Dämpfe kräftig durch die Nase gezogen, 2—3mal täglich je 5 Minuten lang. Forman wirkt oft gut, ebenso Estoral (Borsäure-Mentholester) und ähnliche Mittel. Von besonderem Werte scheint dem Vf. die lokale Applikation von Antipyrin-Kokainlösung zu sein (Antipyrin. 2·0, Cocain. mur. 1·0, Aq. dest. 10·0, zwei- bis dreimal täglich mit Kehlkopfspritze oder Augentropfglas 1 cm³ einzugießen).

Akute Pharyngitis: Prießnitz-, eventuell heiße Umschläge (je nach der subjektiven Empfindung des Patienten). Von den Gurgelungen ist wenig zu halten, am meisten noch von warmer physiologischer Kochsalzlösung; viel mehr von den verschiedenen Angina-Pastillen. Bei starker Entzündung mit Schluckschmerzen zwei- bis dreimal täglich Einträufeln von Kokain, Alypin āā 1·0, Aq. dest. 10·0. Später Adstringentien.

Bei der akuten Laryngo-Trachitis ist neben den Diätmaßregeln das Verbot des Sprechens besonders wichtig. Gut wirkt die Inhalation von Mentholdämpfen: Menthol 1·0, Ol. olivar. 10·0; davon werden 12—15 Tropfen in ein mit lauwarmem Wasser nicht ganz gefülltes Glas gegossen, so daß der Patient den Mund in die Oeffnung stecken kann. Bei starken Entzündungserscheinungen Instillation von Kokain 1·0, Antipyrin 2·0, Aq. dest. 10·0 und Inhalation von Lösungen verschiedener Alkalien. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 20, 1907.)

Ein Beitrag zur Kenntnis der Mischform des syphilitischen und tuberkulösen Larynxgeschwüres. Von Dr. O. Muck. Ref. Weil, Wien.

Von einer Mischform einer syphilitischen und tuberkulösen Larynxaffektion kann nur dann die Rede sein, wenn die eine Erkrankung die andere in ihrem Verlaufe beeinflußt hat, nicht jedoch, wenn beispielsweise ein tuberkulöses Geschwür neben einem syphilitischen im Larynx vorkommt. Vf. sah bei einem 40jährigen Manne mit Heiserkeit, Husten und Auswurf eine spindelförmige Auftreibung eines Stimmbandes nebst bestehender beiderseitiger Apizitis; trotzdem hielt er die Larynxaffektion für gummös. Lues wurde aber erst geleugnet, und erst später zugestanden, da sich auch ad anum eine gummöse Ulzeration fand. Dann entstand auf dem Stimmbande ein kraterförmiges Geschwür, welches unter Darreichung von Ricordscher Lösung und Jodalkalien in vier Wochen heilte, wobei Patient

um 10 Pfund zunahm. Im hinteren Drittel des Stimmbandes war aber ein pfefferkorngroßes Granulom zurückgeblieben, welches abgetragen wurde und sich als Tuberkulom mit schönen Tuberkeln und Riesenzellen erwies. Ein Jahr später fand man bei fortschreitendem Spitzenkatarrh Tuberkelbazillen im Sputum; das Stimmband war leicht gerötet, sein freier Rand unregelmäßig, die Stimme rauh. Es handelte sich also um ein Gumma des Stimmbandes, nach dessen Zerfall sich (durch Sputuminfektion?) auf dem Substrat des luetischen Geschwürs eine Tuberkulose hinzugesellte. — (Arch. f. Lar., Bd. 19, H. 2, 1907.)

Laryngitis membrano-ulcerosa fusibacillaris. Von Dr. F. Reiche. Ref. Weil, Wien.

Mitbeteiligung des Larynx bei Plaut-Vincentscher Angina ist wiederholt beobachtet worden, eine primäre, fast ausschließlich auf den Larynx beschränkte derartige Erkrankung aber bisher noch nicht. Vf. sah eine solche bei einem 39jährigen Manne, die vier Wochen dauerte, während sich die Nachkrankheiten über weitere vier Wochen erstreckten. Nach Abstoßung der Membranen (etwa nach 14 Tagen) sah man mehrere Larynxgeschwüre, die wieder nach 14 Tagen geheilt waren. Fieber bis 39·8° (es bestand auch Apizitis), keine Irritation der benachbarten Schleimhaut, keine Entzündung der Halslymphdrüsen; dagegen Milzvergrößerung, mäßige Albuminurie, ziemlich starke Leukozytose und als Nachkrankheiten rechtsseitige Adduktorenlähmung und doppelseitige Akkomodationslähmung (nach sechs Tagen geheilt), sowie periphere Neuritis an den unteren Extremitäten von längerer Dauer. Die Abwesenheit Löfflerscher Bazillen wurde mikroskopisch und kulturell sichergestellt, dagegen beherrschte der Bacillus fusiformis fast in Reinkultur das mikroskopische Bild, aber, was besonders zu betonen ist, ohne Spirillen, welche ja auch vielleicht nur als Krankheitsschmarotzer zu betrachten sind. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 17, 1907.)

Geburtshilfe.

Zur Antiseptik in der Geburtshilfe. Von Dr. Theopold. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Theopold empfiehlt das Kalomel zur Desinfektion der Hände und Instrumente, ferner als ein unschädliches und sicheres Mittel zur Verhütung puerperaler Erkrankungen. Vf. hat für seinen Bezirk das Kalomel auch in die Hebammenpraxis eingeführt; es kommt dort nur in kleinen Mengen zirka 1 g in Anwendung. Am besten wirksam sind das vapore und viahumid. parat. Pulver. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7, 1907.)

Ueber die künstliche Erweiterung des schwangeren und kreißenden Uterus. Von Prof. Dr. G. Klein. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Klein gibt eine gedrängte Uebersicht über die bisher veröffentlichten Methoden, den schwangeren bezw. kreißenden Uterus zu erweitern. Er beginnt mit der jetzt nur noch von wenigen Autoren geübten bimanuellen Dilatation, erwähnt weiters die Metalldilatoren, die Ballonbehandlung, um mit dem vaginalen Kaiserschnitt zu schließen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7, 1907.)

Zum septischen Fieber in der Schwangerschaft. Von Dr. Kuhn. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Kuhn berichtet über einen Fall von Schwangerschaftsfieber, das sich unter zahlreichen Schüttelfrösten im fünften Monat der Gravidität zeigte. Erst am Ende der vierten Krankheitswoche trat der letzte Schüttelfrost auf, zugleich bestanden Schmerzen in der linken Seite. Nach Ablauf des Fiebers erholte sich Patientin, die Schwangerschaft und Geburt verliefen bis auf Plazentarlösung normal. Die folgende Gravidität nach zwei Jahren verlief ohne Besonderheiten, nur einmal trat ein Gallensteinkolikanfall mit eintägigem Fieber auf. Nach zwei Jahren erkrankte Patientin in ähnlicher Weise wie während der ersten Schwangerschaft. Die Erkrankung, die den Eindruck einer Pyämie machte, hatte eine Infektion der Gallenwege als Ursache. Die Geburt übt in der Regel einen günstigen Einfluß auf die

Erkrankung aus infolge des Wegfalls des Druckes auf die Leber und der dadurch beseitigten Stauung. — (Med. Klin. Nr. 13, 1907.)

Zur Technik der künstlichen Frühgeburt. Von Dr. P. Rißmann. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Rißmann empfiehlt folgendes Verfahren: Nach gründlichem Abseifen der äußeren Geschlechtsteile und ihrer Umgebung werden die Schamhaare rasiert oder wenigstens stark gekürzt. Abreibung mit einer Lysol- oder Sublimatlösung. Ausspülung der Scheide mit 5 l heißen Wassers (50° C.), wobei eine ausgekochte Glasbirne nach Pincus oder Baumgärtner oder ein ausgekochtes Milchglasspekulum verwendet wird. Die Ausspülung kann am Abend und folgenden Morgen wiederholt werden. Nachdem die Frau auf einer harten Unterlage mit angezogenen Beinen gelagert ist, werden die äußeren Geschlechtsteile nochmals mit einer antiseptischen Flüssigkeit berieselt, dann innerliche Untersuchung. Einstellung und Anhaken der Portio. Rißmann führt dann einen kleinen Ballon nach Art des von Champetier de Ribes (Abbildung im Text) in die Zervix und bläht denselben mit sterilem Wasser oder einem schwachen Antiseptikum auf. Die Einführung geschieht mit einer besonderen Zange (Abbildung im Text). Mißlingt die Einführung bei Erstgebärenden, so geht eine Dilatation der Zervix mit Dilatatoren voraus. — (Med. Klin., Nr. 13, 1907.)

Die Erleichterung der Geburt durch die Hängelage. Von Prof. Dr. Sellheim, Freiburg i. B. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. versucht nachzuweisen, daß beim normalen Becken durch die Hängelage der weiche Geburtskanal in einer Weise verändert wird, die den Austritt des Kindes erleichtert. Das Wesentliche der Hängelage ist die Drehung des Kreuzbeines um eine quere Achse zwischen den Hüftbeinen. Durch diese Drehung wird eine Entspannung der Weichteile des Beckenbodens von hinten nach vorn bewirkt, weil sich ihre hinteren Ansatzpunkte am Kreuz-Steißbein den vorderen am Hüftbein nähern. Seit 3/4 Jahren werden in der Freiburger Frauenklinik die meisten spontanen Geburten in Hängelage beendet, und auch mehrere Zangenentbindungen wurden so ausgeführt. Es wird abgewartet, bis der Kopf den Damm stark verwölbt, dann wird die Kreißende in eine mäßige Hängelage gebracht. Dieselbe braucht nicht so hochgradig zu sein, daß sie der Gebärenden unangenehm wird. Es wird gerade der dem Kreuz unterliegende Abschnitt der Matratze durch eine Maschine gehoben, wovon die Gebärende nur sehr wenig belästigt wird.

Beim Vergleich der Geburtsverletzungen in Hängelage gegen die in gewöhnlicher Lage ausgeführten Geburten kommt Vf. zu dem Eindruck, daß die erstere leichter und unter größerer Schonung der Weichteile, insbesondere der Beckenbodenmuskulatur, beendet wird, als in Rücken- und Seitenlage. — (Hegars Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 11, H. 2.)

Eine aseptische Wochenbettbinde. Von Dr. Nothschuh, Aachen. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. hat von der Firma Franz Hoetzel, Wolff, Paul Thomas in Aachen eine Binde aus weichem und gut waschbarem Baumwollstoff herstellen lassen, die aseptisch, fest, bequem und billig ist. Dieselbe besteht aus fünf einzelnen Bindenstreifen, die so übereinander gelegt werden, daß jede die vorhergehende um 3 cm deckt. Sie ist rückwärts 40 cm breit und mit zwei Knöpfen versehen, welche das Anknöpfen an die Schambinde ermöglichen. Eine sehr ausführliche Beschreibung nebst zwei Abbildungen erklären das Anlegen und Wechseln derselben auf das genaueste. — (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 13, 1907.)

Einige Worte über den Dammschutz. Von Dr. Toff, Braila. Ref. G. Wiener, München.

Der wahre Dammschutz muß der sein, den Schädel mit dem günstigsten Durchmesser durchschneiden zu lassen. Hiezu ist es vor allem nötig, der Deflexion des fötalen Kopfes so lange wie möglich entgegenzuarbeiten und gleichzeitig das Hinterhaupt so weit wie möglich nach vorn durchtreten zu lassen. Die Ausführung

des Dammschutzes geschieht in der Weise, daß der Geburtshelfer, sobald der Kopf in der Vulva sichtbar wird, demselben die Handfläche auflegt und bei jeder Wehe mit den Fingerspitzen unter den Schambeinwinkel eingeht und immer neue Teile des Hinterhauptes hervorholt. Am besten ist es, die Kreißende dabei auf die linke Seite zu legen. Bei Gesichtslagen muß man bemüht sein, das Kinn möglichst weit vortreten zu lassen, was durch weitere Deflexion des Kopfes erzielt wird. In ähnlicher Weise, nur in umgekehrter Reihenfolge, gehen die Dinge bei Steißlage, namentlich bei Anwendung des Mauriceauschen Handgriffes, vor sich. Eine Reihe von Zeichnungen illustriert die betreffenden Vorgänge. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 11, 1907.)

Puerperalfieber geheilt durch Antistreptokokkenserum Menzer. Von Franz Schulze, Apolda. Ref. Eugen Binswanger, München.

Schulze teilt eine Beobachtung mit, bei welcher seiner festen Ansicht nach die Anwendung von Menzers Antistreptokokkenserum eine schwerkranke Wöchnerin vom Tode rettete.

Bei einer mittels Forzeps entbundenen Erstgebärenden trat am vierten Wochenbettstag Fieber auf, und es entwickelte sich eine Parametritis anterior. Durch frühzeitiges Aufstehen verschlimmerte sich der Zustand, so daß am 12. Tage post partum sich dem zugezogenen Arzt das schwerste Bild puerperaler Sepsis bot. (Temperatur 41·5, Puls 130.) Der Fall mußte als hoffnungslos bezeichnet werden.

Es wurde nun — also am 12. Wochenbettstage — 20 cm³ Menzer-Serum injiziert. Weiters am 14. und 16. Tage noch je 10 cm³. Die Allgemeinerscheinungen, die bereits nach der zweiten Injektion zurückgingen, zeigten nach der dritten dauernde Besserung. Im weiteren Verlauf kamen die eitrigen Exsudate in beiden Parametrien zum Durchbruch. Zwei Monate nach der Entbindung geht Patientin wieder ihrer Arbeit nach.

Schulze betont die Wichtigkeit möglichst frühzeitiger Injektion des Serums. Er ist sich der Schwierigkeit bewußt, bei der Vielgestaltigkeit des Puerperalfiebers die rettende Wirkung eines Mittels einwandfrei zu beweisen, doch ist er sicher, daß das Serum den Verlauf der Krankheit bedeutend abkürzt und dadurch wesentlich zur Erhaltung der Kräfte beiträgt. — (Med. Klin., Nr. 42, 1906.)

Dermatologie.

Der Pseudoleukämie ähnliche Hauterkrankung bei schwerer Anämie mit Leukopenie des Blutes. Von Dr. R. Touton. Ref. Nobl, Wien.

Eine 29jährige Frau zeigt an den Händen haselnußgroße derbe Knoten. An Stirn, Nase, Gesäß kleine, derbe Lichen ruber planus-ähnliche Knötchen in strichelig schnurförmiger Aneinanderreihung. Späterhin bilden sich am Kopf, im Gesicht, Ohren eigentümlich glasige, bräunlich-rote, glatte, glänzende, derb elastische Knoten. Aehnliche Gebilde in variabler Größe am Rücken, Brust, Bauch und an den Armen. Der Zungenrand von kleinen knotigen Erhöhungen besetzt. Drüsen mäßig vergrößert. Ueber der Jugularvene anämisches Geräusch. Blutbefund: Normale polynukleäre neutrophile Leukozyten an Zahl sehr vermindert. Mastzellen bedeutend vermehrt. Es besteht ausgesprochene Leukopenie (2240 Leukozyten im Kubikzentimeter). Zu den Hautgeschwülsten kommen später noch subkutane Knoten hinzu. Die kleinen Knötchen sind von quälendem Juckreiz begleitet. Diese lichenoïden pseudoleukämischen Papeln sind trotz des heftigen Pruritus nicht aufgekratzt. Aetiologisch wird eine sechs Wochen vorher erfolgte Geburt verantwortlich gemacht. In kurzer Zeit hatte sich eine Gewichtsabnahme von 13 kg eingestellt. Der therapeutische Erfolg mit Arsen (0·1 pro die) hatte nicht zu weit geführt. Nach dem von Ehrlich begutachteten Blutbefund handelte es sich um eine schwere Anämie mit ungenügender Funktion des hämatopoetischen Apparats. Am meisten Aehnlichkeit hat der Blutbefund mit der Biermerschen progressiven perniziösen Anämie. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 85.)

Neuere Untersuchungen über die Mikrosporie. Von Sabouraud. Ref. Nobl, Wien.

Vf. plädiert für die Einführung eines einheitlichen Nährbodens, um zu vergleichenden Resultaten in verschiedenen Ländern gelangen zu können. In dieser Hinsicht gibt er dem mit Maltose versetzten Kulturmedium den Vorzug. Seit Jahren wendet Vf. die Radiotherapie bei Trichophytie mit solchem Erfolg an, daß besonders die leicht sichtbare Mikrosporie in Paris ganz bedeutend im Rückgang begriffen ist. Seine Untersuchungen weisen drei neue Arten der Mikrosporie aus, von denen namentlich eine Varietät, das Microsporum lanosum am häufigsten als Krankheitserreger wirkt. Das Microsporum lanosum ist leicht auch auf Tiere übertragbar und bildet die Kultur einen baumwollartigen Flaum. Auch auf nicht behaarter Haut kann der Pilz zur Keimung gelangen. Die universelle Mikrosporie hat Vf. bei zwei Mitgliedern derselben Familie beobachtet. Die Erkrankung dauerte sechs Wochen. Die Uebertragbarkeit des Microsporum lanosum auf Kaninchen unterscheidet es scharf von dem Microsporum Audouini. — (Annales de Derm. et Syph., Nr. 3, 1907.)

Beitrag zur Kenntnis der leukämischen Hautveränderungen. Von C. Brunsgard. Ref. Nobl, Wien.

Vf. verfügt über zwei Fälle von Leukämie und einen Fall von Pseudoleukämie der Haut. Platte symmetrische Tumoren, welche zuerst in die Haut oder im oberen Teile des subkutanen Bindegewebes eingesenkt erschienen, traten bei einem der Kranken auf. Beim Fortschreiten gegen die Oberfläche nahm die verdünnte Haut über den Tumoren bläuliche Farbe an. Vereinzelt bestanden feine Gefäßerweiterungen. Vf. spricht das Leiden als lokale Bildung lymphadenoider Tumoren an, bei deren Entstehung besonders das Bindegewebe, wahrscheinlich aber auch die mononuklearen lymphozitoiden und leukozytoiden Zellen eine Rolle spielen. Im Korium und Subkutis aktive Proliferation der Bindegewebszellen, zahlreiche Plasmazellen, Uebergangsformen beider mit Karyokinesebildung. Mit der Zunahme der Lymphozyten vermindern sich die Plasmazellen. Die Blutuntersuchung ergab, daß die Lymphozytose durch Proliferation der Plasmazellen entstanden war. Der zweite Fall zeigt über Gesicht, Brust, Hals, Rücken zahlreiche, kaum erbsengroße, nicht schmerzhafte, blasse, tief liegende Infiltrate, bestehend aus lymphadenoidem gewucherten Granulationsgewebe, welches meist kleine Lymphozyten, daneben auch Plasmazellen enthält. Der Sitz des Infiltrats ist der retikuläre Teil des Kutis und Subkutis. In den Lymphdrüsen und Lymphomen anderer Organe herrschen die kleinen Lymphozyten vor. Patient verstarb nach drei Monaten. In der Lymphozytose des Blutes herrschten die großen mononukleären Formen vor. In einem Falle von Pseudoleukämie saßen die kleinen, bläulichen Papeln am Rumpf, Kopf und an den Extremitäten, zum Teil mit sanguinolenten Krusten bedeckt. Starkes Jucken, Drüsenhyperplasie. Histologisch bestehen die Papeln aus perivaskulären Infiltraten, an deren Aufbau Lymphozyten, eosinophile Zellen und wenige polynukleäre neutrophile Leukozyten beteiligt sind. Arsen-, Röntgen-Behandlung erfolglos. — (Norsk. Magaz., Jänn. 1907.)

Zehn Fälle von Mykosis fungoides mit Bemerkungen über die Histologie und Röntgen-Therapie der Krankheit. Von Herxheimer und Hübner. Ref. Nobl, Wien.

In therapeutischer Hinsicht konnten die Beobachter die spezifische Wirkung der Röntgen-Strahlen auch auf histologischem Wege verfolgen. Nach kürzerer Bestrahlung zeigen sich wesentliche Veränderungen. Entzündung mit Abstoßung der Epidermis und Durchsetzung des Gewebes mit polynuklearen Leukozyten sind als Röntgen-Wirkung zu deuten. Ebenso ein teilweises Schwinden der Mykosiszellen. Bei langer Exposition treten neugebildete Gefäße auf, während das spezifische Gewebe völlig zerstört erscheint. Subjektiv schwindet das oft quälendste Symptom des Juckreizes; bei der Gleichartigkeit der Einwirkung der X-Strahlen auf leukämische Milztumoren machen sich für die leukämische Natur der Mykosis fungoides Stimmen geltend. Bei energi-

scherer Röntgen-Bestrahlung schwanden die Tumoren unter Hinterlassung pigmentierter Stellen schon nach wenigen Bestrahlungen, doch blieben auch an dieser Station die stets vermerkten Rezidiven nicht aus. Um eine der Lokalisation des Prozesses entsprechende Tiefenwirkung zu erzielen, verwendet Vf. harte Röhren. Bei umfangreicher Ausbreitung ist großer Röhrenabstand und längere Bestrahlung notwendig. Während der Bestrahlung wurde stets Arsen weitergegeben, welcher Vorgang bei den erzielten Erfolgen sicherlich mitwirkend war. Ob der kupierende Einfluß in jener allgemeinen Fassung, in der sie Vf. formuliert, wird fortbestehen können, erscheint uns mehr als fraglich; es ist ja sicher sehr erfreulich und für den Kranken von aufrichtendem Einfluß, wenn, wie wir es gesehen haben, bis kindskopfgroße Tumoren dieses tückischen Uebels zu völliger Aufsaugung gelangen; aber es dürfte wohl bisher keine Beobachtung vorliegen, in der von einer Heilung im Sinne der völligen Restitution gesprochen werden könnte. Es liegt in der Natur des Prozesses, gelegentlich auch unter Arseneinfluß zu jahrelanger Remission zu gelangen und schließlich doch bei neuerlichem vehementen Exazerbieren allen Heilversuchen zu widerstehen und zu letalem Ende zu führen. Es kann daher der prompte Rückgang bestrahlter Tumoren kaum als Gewähr dafür angesehen werden, daß wir in den X-Strahlen ein radikales Mittel gegen die Mykosis fungoides besitzen. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 84.)

Syphilis und Krebs. Von Dr. R. D. Horand. Ref. Nobl, Wien.

In parallelen Betrachtungen sammelt Vf. alle Daten, welche den Krebs, ähnlich der Syphilis, im Lichte einer kontagiösen, hereditären und parasitären Erkrankung erscheinen lassen. Was sich hiebei für die Ansteckungsfähigkeit der Gewebsprodukte Karzinomatöser ins Feld führen läßt, wird mit großer Routine herangezogen, ohne jedoch genügend überzeugend zu wirken. Bemerkenswerter sind die Anhaltspunkte für die Symbiose beider Noxen, die jedoch niemals miteinander zur Produktion gemeinsamer Wucherungen verschmelzen. Die Syphilis vermag dabei wohl für das Karzinom den Nährboden vorzubereiten und schafft an gewissen Prädilektionsstellen des Karzinoms den Locus minoris resitentiae, so daß der Syphilis in der Aetiologie des Krebses immerhin die Rolle der veranlassenden Ursache gewahrt werden muß. In der Mundhöhle, dem Verdauungstrakt, der Leber, dem Urogenitalsystem ist diese präparatorische Bedeutung der Lues mehr als augenfällig. Mit Audry teilt Horand an der Hand seiner emsig zusammengetragenen, äußerst umfangreichen Kasuistik die krebskranken Luetiker in drei Kategorien. In der ersten rangieren mit Epitheliom Behaftete, bei denen die Syphilis zur Leukoplakie führte und die letztere die bekannte Umwandlung durchmachte. Zweitens Kranke mit Schleimhautkrebs, mit Anzeichen der durchgemachten Lues (Narben, Schwielen, Wucherungen). Drittens Karzinomatöse, mit anamnestisch festgestellter Syphilis. In der Vorgeschichte des Zungenkrebses figuriert nach Fournier in 85% Syphilis. Die Syphilis vermittelt insofern die bösartige Geschwulst, als sie zur Sklerosierung neigt und die Gewebsverdichtung ihrerseits die Krebswucherung auflöst.

Die Differenzialdiognose mancher Läsionsformen wird Schwierigkeiten begegnen. Die spezifische Behandlung kann in der Richtung zur Entscheidung verhelfen. Von der Jodmedikation möchte Vf. im allgemeinen abraten, da Karzinome, namentlich solche der Zunge, unter rasch aufschießenden Oedemen zu rapidem Zerfalle neigen. In der Mundhöhle hat das gesamte Augenmerk der Prophylaxe zu gelten, indem alle Maßnahmen auf das Hintanhalten der Leukoplakie zu richten sind. Bei nicht operablen Karzinomen mögen die Chinin- und Arsenpräparate ausgiebiger verwertet werden als bisher, desgleichen wäre der palliative Effekt von Trypanrotinjektionen zu berücksichtigen. — (Monographie 1907, Lyon Delaroche et Schneider.)



Venerische Krankheiten und Syphilis.

Zur Technik der Injektion unlöslicher Silbersalze.

Von Fr. Rolshoven, Köln. Ref. E. Spitzer, Wien.

In letzter Zeit häufen sich die Berichte, besonders in der französischen Literatur, über Unglücksfälle bei Quecksilberinjektionen. Durch Beobachtung der bekannten Vorsichtsmaßregeln, wie richtige Wahl der Injektionsstelle, Abnahme der Spritze vor dem Inizieren und langsames Inizieren wird sich die größte Zahl der unglücklichen Zufälle zumeist vermeiden lassen. Abgesehen von den Fällen einer besonderen Idiosynkrasie gegen das Quecksilber kommt es aber auch durch eine ungenaue Dosierung des Mittels zu gefährlichen Intoxikationen. Aus diesem Grunde wurde im vorigen Jahre in der Pariser Dermatologischen Gesellschaft der Vorschlag gemacht, ein einheitlich perzentuiertes, offizinelles graues Oel herzustellen, da der Praktiker mit dem aus der Apotheke erhältlichen Huile grise die Injektion macht, ohne zu wissen, ob es sich um 30-, 40- oder 50%iges Präparat handelt, und jeder Spezialist eine verschieden starke Mischung bevorzugt.

Auch der bei uns jetzt mit Recht so beliebten Salizylquecksilberapplikation haftet ein Mangel der genauen Dosierung an. Wird nämlich die Emulsion vor dem Gebrauche nicht auf das sorgfältigste geschüttelt und sofort nachher die Injektionsspritze gefüllt, so setzt sich das Quecksilbersalz in die Rinne des gewölbten Flaschenbodens fest, und wir arbeiten anfangs mit einer geringer konzentrierten Emulsion. Wenn einer Flasche einigemale zu schwache Dosen entnommen sind, hat der in der Flasche verbleibende Rest einen stärkeren Quecksilbersalzgehalt und wir haben die Gefahr der Ueberdosierung.

Um diesem Mißstand abzuhelfen, sind auf der Abteilung des Herrn Dr. Zinsser in Köln kleine kugelförmige Fläschchen mit eingeschliffenem Glasstöpsel eingeführt, die jedesmal frisch mit 20 cm³ frisch bereiteter Emulsion gefüllt werden. In den Flaschen sind 10—12 Glaskugeln, welche beim Schütteln die Verteilung des Quecksilbersalzes wesentlich erleichtern. Auch macht die Verwendung des Vasenols an Stelle des Paraffinum liquidum eine dünnflüssigere und leichter inizierbare Emulsion. — (Med. Klinik Nr. 4, 1907.)

Urethroskopische Beiträge zur Diagnostik, Therapie und Prognose des Trippers und seiner Folgen.

Von Paul Asch, Straßburg. Ref. E. Spitzer, Wien.

Zum Instrumentarium eines Venerologen gehört heute behufs genauer Diagnosenstellung und Einleitung der Therapie bei chronischer Gonorrhöe und deren Komplikationen ein gutes und leicht handliches Urethroskop. Genügt diesen Ansprüchen schon das Valentin-Kollmannsche Urethroskop, so finden wir in dem Urethroskop von Luys verschiedene dem ersten Instrument anhaftende Mängel verbessert. So gelingt es bei dem Urethroskop von Luys schnell, eine unbrauchbar gewordene Lampe auszuwechseln, ein Kurzschluß durch Eindringen von Flüssigkeit ist vermieden. Außerdem ist dem Luysschen Apparat eine Vergrößerungslinse beigegeben, die eine genauere Besichtigung der vorderen Harnröhre gestattet.

Vf. konnte mit diesem Urethroskop durch galvanokaustischen Eingriff chronisch vereiterte Littresche Drüsen und Morgagnische Lakunen leicht zur Heilung bringen. Eine mit dem Urethroskop zur Ansicht gebrachte diphtherieähnliche, Gonokokken enthaltende Membran, sowie mit Eiter gefüllte Kavernen der Urethra entfernte er mit der Kurette. Strikturen wurden durch Auskratzung mit dem scharfen Löffel günstig beeinflußt.

Bei den zahlreichen Untersuchungen, die Vf. vornahm, fand er bei subakuter und chronischer Gonorrhöe sehr häufig eine bestimmte Stelle der Urethra anterior, die der Sitz von Entzündungen und Vereiterungen der Littreschen Drüsen, kleineren und größeren Abszessen, weichen und harten Infiltraten und samtartig aussehender, granulierter Entzündungsherden ist. Es ist dies der Teil der unteren Wand der Harnröhre, die

dem Angulus penoscrotalis entspricht, wo durch Knickung der Harnröhre und durch ein fest anliegendes Suspensorium die Eiteransammlung am stärksten zu sein pflegt. In den an dieser Stelle vorgefundenen charakteristischen, himbeerfarbenen, samtartigen, fein granulierten Infiltraten konnte Vf. durch Kulturen noch den Gonokokkennachweis liefern, wenn auch klinisch nur ganz geringe oder gar keine Symptome eines Katarrhes mehr vorhanden waren. — (Zeitschr. f. Urologie, Bd. 1, H. 4.)

Zur klinischen Diagnose der Wochenbettsgonorrhöe. Von Aug. Mayer, Heidelberg. Ref. E. Spitzer, Wien.

Daß es nicht angeht, nach den neueren statistischen Arbeiten Erbs die verheerenden Gefahren der Gonorrhöe beim weiblichen Geschlecht zu unterschätzen, geht aus den Ausführungen vorliegender Arbeit hervor, wonach die Differenzierung zwischen einem mehr gutartigen gonorrhoischen Wochenbettfieber und einer deletären Strepto- oder Staphylokokkeninfektion schwindet.

Als Charakteristika der gonorrhoischen Wochenbetterkrankung galten bisher im allgemeinen ein remittierendes oder intermittierendes Fieber, das nur selten über 39° hinausgeht, und daß es zu einer diffusen Peritonitis nicht komme. Hohe Temperaturen und Schüttelfrost sollten nur bei Strepto- oder Staphylokokkeninfektionen vorkommen.

Immer mehr und mehr fielen aber die Schranken dieser Unterscheidung, seitdem man gesehen, daß auch die Gonokokken ins tiefere Gewebe eindringen und größere parametrane Exsudate bilden können, und daß schwere gonorrhöische Peritonitiden mit Prostration und septischen Erscheinungen selbst tödlichen Ausgang nahmen.

Die einzige sichere Unterscheidung zwischen gonorrhoischer und anderer Art von Infektion bei Wochenbettfieber bildet der eindeutige bakteriologische Befund und die Schwere der Allgemeininfektion mit Gonorrhöe, verbunden mit Endometritis, Pleuritis, metastatischen Abszessen, Venenthrombosen, Albuminurie, Milztumor und nervösen Störungen dokumentiert deutlich die Gefahren, denen die Frau in der Ehe bei noch bestehender Gonorrhöe des Mannes ausgesetzt ist. — (Med. Klinik, Nr. 21, 1906.)

Ueber Gummen am Penis. Ref. E. Spitzer, Wien.

Bekannt ist, daß Gummen sehr häufig an Stellen auftreten, wo früher einmal syphilitische Efflorescenzen gesessen sind. An den Schleimhäuten bilden sich gummöse Prozesse oft dort, wo früher hartnäckige Papeln den Sitz hatten. An der Stammeshaut nehmen Gummen oft die schwach pigmentierten Narben eines früheren papulopustulösen Syphilides ein. (Haslund.) Nach Neumann treten gummöse Periostitiden und gummöse Myositis mit Vorliebe an Stellen auf, welche früher luetisch affiziert waren. Daß nun an diesen Locis minoris resistentiae Virus in latenter Form gebunden ist, und eine äußere Reizung mechanischer, chemischer oder thermischer Art die Entwicklung tertiärer Produkte begünstige, ist wohl anzunehmen, nicht aber sichergestellt. Umsomehr muß es uns wundernehmen, daß bei der weitaus größten Zahl von Initialsklerosen, die ihren Sitz am Penis haben, sich nur sehr selten Gummen am Platze der Hunterschen Induration bilden.

Das Gumma tritt am männlichen Genitale, ebenso wie an anderen Körperstellen, in zweierlei Form auf. Es bildet sich am Präputium, an der Glans, am Orificium urethrae, an der Haut des Penis oder Hodens als ein runder, bis haselnußgroßer, harter, scharf umgrenzter Knoten, der mit der Zeit ohne Alteration der Umgebung zerfällt, oder das Gumma nimmt eine diffuse Infiltration ein. Diese letztere Form hat einen mehr destruktiven Charakter und hat oft Lymphadenitis und Lymphangioitis im Gefolge.

Gummöse Prozesse in den Schwellkörpern des Penis sind zwar ein höchst seltenes Vorkommnis, doch können sie Anlaß für eine spätere Deviation des Gliedes bei der Erektion geben.

Stets kommt es zu einem Zerfall des Gummas, das dann als rundes Geschwür

mit scharfen Rändern und belegtem, leicht blutenden Grund eine Initialsklerose oder ein Chancroid vortäuschen kann. Meistens haben wir in der Anamnese eine nicht oder nur ungenügend behandelte Lues, Alkoholismus oder eine konstitutionelle Erkrankung.

Differentialdiagnostisch mit dem Gumma käme noch eine Reinfektion und eine Reinduration in Betracht. Die Reinfektion, nach den neuesten Arbeiten Fingers erwiesen, wird sich durch eine bedeutende Lymphadenitis und durch darauffolgende luetische Allgemeinerscheinungen auszeichnen. Die Reinduration ist das Entstehen eines dichten Infiltrats am Platze der ursprünglichen Initialsklerose, zerfällt sehr selten, und wenn, nie in so großer Ausdehnung wie das Gumma.

M. v. Zeißl beschrieb in letzter Zeit zwei Gummen am Penis.

Das eine trat bei einer 28jährigen Syphilis, die während der ersten vier Jahre spezifisch behandelt wurde, als erbsengroßes Infiltrat hinter der Corona glandis in der Mittellinie auf, das aus stecknadelkopfgroßer Vertiefung spärlich seröses Exsudat absonderte.

Der zweite Fall von Gumma betraf eine erst zwei Jahre alte Lues, wo der größte Teil der linken Eichelhälfte von einem speckig belegten Geschwür, das rasch um sich griff, eingenommen war. Es ist dies während der kurzen Zeit von zwei Jahren bei dem betreffenden Patienten das fünfte Rezidiv, trotzdem er jedesmal eine ausgiebige Quecksilberkur durchgemacht hatte.

In diesen beiden Fällen trat das Gumma genau am Sitze des ehemaligen Primäraffekts auf.

Große Unreinlichkeit im Präputialsack beim ersten Patienten, starker Alkoholismus und eine Idiosynkrasie gegen Quecksilber beim zweiten mögen vielleicht ein unterstützendes Moment für das Auftreten der Gummen abgegeben haben. — (Wien. med. Presse Nr. 13, 1907.)

Kinderheilkunde.

Ernährung.

1. Ueber die Verwendung von Soxhlets Nährzucker und Nährzuckerkakao. Von Sigmund Gara, Wien. Ref. Eugen Binswanger, München.

2. Ueber einen neuen Vorschlag zur Phosphorernährung und Phosphortherapie im Kindesalter. Von Karl Manchot, Hamburg. Ref. Eugen Binswanger, München.

3. Mit Székelyscher Säuglingsmilch gemachte Erfahrungen. Von Ernö Deutsch, Budapest. Ref. Eugen Binswanger, München.

4. Einige Bemerkungen über die Bedeutung der Frauenmilch in den ersten Lebenstagen. Von B. Salge, Dresden. Ref. Eugen Binswanger, München.

5. Rationelle Kinderernährung von der Geburt bis zum Alter von zwei Jahren. Von Dr. H. Klose, Straßburg i. E. (Preisgekrönte Arbeit der „Société Scientifique d'Hygiène Alimentaire et de l'Alimentation rationelle de l'Homme à Paris.") Referat des Verfassers.

6. Ein Blick in den Haushalt des normalen Neugeborenen. Von Prof. Dr. Josef Langer. Ref. Eugen Binswanger, München.

1. S. Gara hat mit Soxhlets Nährzucker, den er in 35 Fällen, und zwar sowohl bei kranken als gesunden Kindern angewandt hat, sehr gute Erfolge erzielt. Er hielt sich bei der Darreichung im allgemeinen an die Vorschriften Soxhlets. Soweit der Autor eingehende kasuistische Mitteilungen macht, müssen seine Resultate mit diesem Präparat als günstige bezeichnet werden.

Gara empfiehlt Soxhlets Nährzucker besonders bei stark herabgekommenen, chronisch magen- und darmkranken Kindern, ebenso bei schwächlichen, im Gewicht zurückgebliebenen Säuglingen überhaupt. In einem solchen Falle beobachtete er eine Zunahme von 2000 g in acht Wochen bei einem viermonatlichen Kinde. Auch andere Autoren berichten über ähnliche Resultate (so Moro über eine Zunahme von 1350 g in 17 Tagen, in einem anderen Falle von 1000 g in 12 Tagen). Die von verschiedenen Beobachtern berichtete obstipierende Wirkung des Nährzuckers hat sich Gara bei den mit diarrhoischen Entleerungen verbundenen Entleerungsstörungen als ein

günstiger Faktor erwiesen. Bei eventuell andauernder Obstipation empfiehlt er neben dem von Soxhlet vorgeschlagenen teilweisen Ersatz des Nährzuckers durch dessen verbesserte Liebig-Suppe, das Verfahren Neumanns, der einfach einen Teil des Nährzuckers durch Rohrzucker ersetzt.

Der Grundgedanke bei der Herstellung des Soxhlet-Nährzuckers ist bekanntlich der, dem Darme des Säuglings, der die Funktion der Mehlverdauung nur in sehr geringem Maße besitzt, bereits die resorbierbaren Endprodukte dieser Verdauung, Dextrin und Maltose, zuzuführen.

Diese Idee Liebigs, die in seiner altbekannten Malzsuppe sich so vortrefflich bewährt hat, hat nun auch in Soxhlets Nährzucker eine sehr brauchbare Anwendung gefunden, wofür die Publikationen von Neumann, Finkelstein, Moro, Rommel, Brüning u. a. über ihre Erfahrungen mit diesem Präparat sprechen.

Gara berichtet ferner über die Anwendung von Soxhlets Nährzuckerkakao. Derselbe besteht aus sechs Teilen salzfreiem Soxhlets Nährzucker und einem Teil Kakaopulver. Die Verordnung empfiehlt sich nach Gara besonders bei chronisch-diarrhoischen Zuständen älterer Kinder. Bei solchen gelang es Gara, durch konsequente Darreichung des Präparats vollkommene Ausheilung zu erzielen. — (Oesterr. Aerzte-Ztg., Nr. 24, 1905.)

2. Die zahlreichen Mängel der gegenwärtigen Art der Phosphordarreichung einerseits und der hohe therapeutische Wert des Phosphors in der Kinderheilkunde anderseits haben Manchot veranlaßt, nach einer neuen Art dem kindlichen Organismus Phosphor beizubringen zu suchen. Nach verschiedenen, sehr interessanten vergeblichen Versuchen in anderer Richtung glaubt er das Ziel nunmehr erreicht zu haben, und zwar durch Verabreichung einer Hanfmehlsuppe.

Hanfsame hat unter allen vegetabilischen Nahrungsmitteln weitaus den größten Phosphorgehalt. Entölter russischer Hanf, den Manchot zu seiner Suppe verwendet, hat nach ihm einen Gehalt von 3·35% Phosphorsäure (gegen 0·2% im Reis, 0·7% im Hafer, 1·0% im Roggen). Der Phosphor ist hiebei zum weitaus größten Teil als organisch gebunden anzunehmen. Eine exakte Analyse hierüber steht noch aus, ebenso eine genaue Untersuchung darüber, in welcher Menge die organischen Phosphorsubstanzen des Hanfsamens in die „Hanfmehlsuppe“ übergehen. Diese Suppe wird nach M. aus entöltem Hanfmehl — zu beziehen durch E. Rode, Hamburg 24 — auf einfache Weise (siehe die Originalmitteilung) hergestellt, und in Mengen von 30 bis 50 cm^3 jeder Flasche des betreffenden Kindes zugesetzt. Die Versuche mit dieser Suppe erstrecken sich bisher über vier Monate und auf 101 Kinder. Die Indikationen sind die gleichen, wie für die seitherige Phosphordarreichung, also hauptsächlich Rachitis, spasmophile Diathese, Atrophie und andere chronische Ernährungsstörungen. Die Beobachtungen Manchots sollen nun zu ganz überraschend günstigen Resultaten geführt haben, und zwar sowohl bezüglich der Gewichtszunahme, die schon nach 2—3 Tagen beginnt, als auch bezüglich einer auffallenden Besserung des Allgemeinzustandes.

Die Ausführungen Vfs. verdienen zweifellos das höchste Interesse, wenn er sie auch leider — wohl aus äußeren Gründen — nur mit wenigen kasuistischen Mitteilungen belegt. Es ist sehr zu wünschen, daß er uns bald eine ausführliche Kasuistik seiner 101 Fälle zugänglich macht, und auch die chemischen Details bald exakte Ergänzung finden.

Schon heute aber müssen die Ausführungen Ms. als äußerst wertvoll erachtet werden. Dem Referenten erscheint daher die Empfehlung der Hanfmehlsuppe zur Nachprüfung im höchsten Grade der Unterstützung wert und die Hoffnung Manchots berechtigt: „Daß in derselben ein wertvoller und dabei ungefährlicher Ersatz für den bisher üblichen Phosphorlebertran gefunden ist, der an die Stelle des stark giftigen elementaren (gelben) Phosphors den ungefährlichen, organischen, gebundenen Phosphor in sei-

ner natürlichen Art des Vorkommens setzt." — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 12, 1907.)

3. Bei der Székely-Milch, welche in Oesterreich und in Ungarn bereits ausgedehnte Anwendung erfährt, wird bekanntlich eine der Frauenmilch möglichst ähnliche Zusammensetzung dadurch erzielt, daß zu einer aus Magermilch durch Ausfällung des Kaseins mittels Kohlensäure gewonnenen, fast keimfreien Molke, entsprechend Milchzucker und pasteurisierter Rahm zugesetzt wird.

Die interessanten Ausführungen von E. Deutsch schildern dessen Erfahrungen mit dieser Milch am Material der Budapester Gratismilchanstalt. Die Zahl der kleinen Patienten, welchen diese Milch verabfolgt wurde, ist eine überaus große — 653 — so daß das Urteil Deutschs schon aus diesem Grunde größte Beachtung verdient. — Dies Urteil geht dahin, daß wir die Székely-Milch als ein „der rigorosesten Kritik entsprechendes Milchpräparat" betrachten können.

Die Details der Anwendung und Resultate sind in übersichtlichen Tabellen ersichtlich gemacht. — (Monatsschr. f. Kinderheilk., Okt. 1906.)

4. Salge erörtert in diesen kurzen Bemerkungen einige Fragen der Säuglingsernährung, die für den praktischen Arzt von äußerster Wichtigkeit sind. Häufig kommt es vor, daß nach Ansicht der Mutter, der Hebamme und zuweilen auch des Arztes „das Kind die Brust nicht verträgt, die Mutter keine oder zu wenig Milch hat, das Kind nicht satt wird etc.", und das Kind deshalb abgesetzt wird.

Demgegenüber muß betont werden, daß mindestens 90% der Mütter bei konsequenten Versuchen imstande sind, ihr Kind zu stillen. 2—3 mißglückte Stillversuche dürfen niemals Ursache zur künstlichen Ernährung geben.

Auch über die notwendige Nahrungsmenge des Brustkindes herrschen weitverbreitete irrige und für das betreffende Kind oft schädigende Anschauungen. 250 bis 300 cm^3 Frauenmilch sind während der ersten Lebenswoche als physiologische Nahrungsmenge zu bezeichnen, und diese Menge steigt bis zum Ende des ersten Monats langsam bis zirka 500 cm^3.

Häufig gibt auch die irrige Annahme qualitativer Minderwertigkeit der Frauenmilch Ursache zur Abstillung. Salge führt dafür ein sehr lehrreiches Beispiel aus der Familie eines praktischen Arztes an, und mancher Pädiater dürfte in der Lage sein, analoge Fälle aus eigener Beobachtung zu berichten. In dem von S. berichteten Falle war ein Arzt zu der Anschauung gelangt, daß die Milch seiner Frau nichts tauge, weil mehrfache, aus der Brust vor dem Stillen abgedrückte Milchproben im Reagensglas „eine zu geringe Rahmschicht abgeschieden hatten". Er hatte also keine Kenntnis von dem physiologischen Anstieg des Fettgehaltes während der Brustmahlzeit, der von zirka 1·5—6% schwanken kann.

Salge warnt ferner ausdrücklich davor, in den ersten 24—36 Stunden nach der Geburt, während denen die Brustdrüse ja normalerweise wenig oder nicht sezerniert, „vorläufig" künstliche Nahrung zu geben. Dadurch werden häufig von vornherein Darmstörungen verursacht, die späterhin schwer zu beseitigen sind.

Die häufigste Ursache von Ernährungsstörungen an der Brust ist auch nach Salge in der Ueberernährung zu suchen. Niemals konzediere der Arzt geringere als dreistündige Trinkpausen oder häufigeres als höchstens 6—7maliges Anlegen in 24 Stunden. Das Nahrungsvolumen per Mahlzeit ist durch sorgfältiges Wägen zu kontrollieren, und die Tagesmenge soll die eingangs genannten Werte nicht überschreiten.

Der Umstand, daß ein Pädiater von der Erfahrung Salges es für nötig hält, diese Fundamente der Physiologie der Säuglingsernährung den Praktikern immer wieder vor Augen zu führen, gibt sehr zu denken, und bildet eine vielsagende Illustration zu den merkwürdigen Bestrebungen einiger Aerztevereine, die Bezeichnung „Kinderarzt" als überflüssig oder gar standesunwürdig erscheinen zu lassen. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 8, 1907.)

5. Die umfangreiche Arbeit, deren französischer Urtext im Combyschen

„Archives de Médecine des enfants“ (Jahrgang 1907, H. 2, 3 und 4) nachzulesen ist, gründet sich auf langjährige, in der Straßburger Universitäts-Kinderklinik gemachte Erfahrungen. Praktischen Zielen entsprechend, ist der Stoff auf fünf übersichtlich geordnete Abschnitte verteilt. In leicht faßlicher, anregender Form werden einerseits die physiologisch-anatomischen, sozialen und ökonomischen Kausalmomente der Kinderernährung und -Fürsorge dargelegt, anderseits die praktische, auf klinische Beobachtung sich gründende Handhabung dem Praktiker erkenntnismäßig erleichtert. Im ersten Kapitel „Berechtigung der Kinderernährung“ wird auf die grundlegenden Forschungen der Schule Czernys hingewiesen, die als die erste an der Schaffung einer modernen wissenschaftlichen Ernährungslehre des Kindes beteiligt ist und uns ganz neue, noch vielversprechende Richtungsbahnen eröffnet hat. Demgemäß findet die anatomische und physiologische Rückständigkeit des Darmtraktus im Säuglingsalter kurze und sachliche Berücksichtigung. Die ersten, noch im Naszieren begriffenen Probleme des intermediären kindlichen Stoffwechsels, die uns auf die erhoffte, allseitig wohlfundierte wissenschaftliche Enquete stellen würde, können heute nur eben angedeutet werden: Der praktische Arzt wird vorerst noch größeren Nutzen aus der mehr konstruierten Empirie wie der deduzierten Wissenschaft ziehen. Warum sich jener die Aerzte erst spät zuwandten, trotz der erschreckend hohen Säuglingsmortalität in fast allen Ländern — die Zahlen der einzelnen Staaten und größeren Städte werden einander gegenübergestellt — wird detailliert im zweiten Abschnitt „Allgemeines und Physiologisches“ erörtert. Man betrachtete bisher den Massentod der Kinder als einen teleologischen Faktor im Sinne Darwins. Es sind kaum zwei Jahrzehnte vergangen, daß die medizinische Welt durch Männer, wie Heubner, Schloßmann, Baginsky, Finkelstein, Czerny-Keller etc., aus ihrer Lethargie aufgerüttelt und von der Verkehrtheit ihrer für die Nation so deletären Ansicht überzeugt wurde. Daß darum in dieser kurzen Spanne Zeit das Volk noch nicht bis in die untersten Schichten für eine rationelle Säuglingsernährung in ursächlichem Sinne gewonnen wurde, ist plausibel; eindringlich wird an die Schule appelliert, an Stelle unangebrachter Prüderie ernste Pädagogik in diesen Dingen treten zu lassen. Um diese modernen, für die Gesunderhaltung unserer hohen Kulturaufgabe so lebenswichtigen Grundsätze popularisieren zu können, bedarf es einer intensiven Beschäftigung der Aerzte mit Säuglingsphysiologie und -Biologie. Aus den Aschenanalysen, der fötalen Entwicklung werden dann die Differenzen in der Ernährungsbilanz der ersten Kindheit und der der Erwachsenen entwickelt: Der Säugling braucht pro Tag und Kilo zweimal soviel Eiweiß und dreimal soviel Fett als der Erwachsene, alias, in Wärmeeinheiten umgerechnet, 100 Rohkalorien, während nach Rubner der Erwachsene 35 Kalorien per Kilo und Tag zu seiner Erhaltung benötigt. Um darum sichere wissenschaftliche Kriterien für die Entwicklung eines normal veranlagten Kindes zu haben, empfiehlt es sich prinzipiell in allen Fällen, nach Maßgabe des Gewichts und dem Vergleich desselben mit dem Heubner-Energiequotienten, die Nahrung genau quantitativ und qualitativ zu bestimmen. Auf der einen Seite wird dadurch dem für die weitere Entwicklung des Kindes so überaus schädlichen „Zuviel“, der schwer sich rächenden pathologischen Ueberernährung, vorgebeugt, auf der anderen werden mit einiger Sicherheit die verschiedenartigsten endo- und ektogenen Digestionsstörungen vermieden, deren anatomisch-physiologische und bakteriologische Basis im einzelnen zum kausalen Verständnis dieser Forderungen beleuchtet wird. Mit fast absoluter Gewißheit kann der Arzt diesen Voraussetzungen nur bei der „natürlichen“ Ernährung des Kindes Genüge leisten, deren hohe und unersetzliche Vorzüge das dritte Kapitel „Frauenmilch und Kuhmilch“ behandelt. Die Förderung und Wiederverbreitung der Brusternährung vermeidet aber nicht nur individuelle Leiden, gleicht nicht nur soziale Schäden aus, sondern hat eine nationale Bedeutung von

großer wirtschaftlicher, kultureller und politischer Tragweite für unser Volk. Jeder Arzt hat die sittliche Pflicht, in diesem Sinne und von diesem Bewußtsein getragen, für das körperliche Wohl des Volksnachwuchses mitzuhelfen. Mit Beispielen aus der Geburts- und Sterblichkeitsstatistik der natürlich und künstlich genährten Kinder werden diese volkswirtschaftlichen, an Arzt und Mutter zu stellenden Ansprüche schlagend belegt. In welchen chemisch-biologischen Differenzen aber in letztem Grunde die verschiedenen Resultate der Frauen- und Kuhmilchernährung zu suchen sind, darüber gehen trotz zahlreicher und gediegener Arbeiten die Meinungen der Pädiater auseinander. Gegen das Dogma der Schwerverdaulichkeit des Kuhmilcheiweißes als Basis aller Unterschiede zwischen Kuh- und Frauenmilch sind wohlbegründete und schwerwiegende Einwände erhoben, die dieser Hypothese jede Unterlage entziehen, doch halten gewichtige Autoren auch heute noch an den alten Lehrsätzen fest. Demnach sind wir trotz aller erkenntnisreichen Fortschritte in der künstlichen Ernährung lediglich auf Erfahrungstatsachen angewiesen. Diese lehren, daß nach der Muttermilch — der einzigen, den biologisch-bakteriologischen Postulaten genügenden Milch — nur die von rationell gehaltenen und gepflegten Kühen gewonnene Milch in unseren modernen Staaten als einziger und bester Ersatz der natürlichen Nahrung verwendet werden kann. Die native, d. h. ungekochte Kuhmilch ist das Ideal, das aus kommunalpolitischen Gründen noch nicht für den Allgemeingebrauch erreicht ist. Alle chemischen Methoden der Desinfektion der bakterienhaltigen Milch sind wertlos, weil direkt schädlich. Die sicherste Gewähr für Keimfreiheit und gute „Bekömmlichkeit“ der Milch bietet nur die Soxhletisierung, d. h. die Sterilisation in Einzelportionsflaschen durch Kochen von höchstens 10 Minuten und nachfolgende schnelle Tiefkühlung. Energisch wird gegen das zu lange Kochen bis über 10 Minuten hinaus Front gemacht, wie es leider noch von vielen Aerzten zum tiefgreifenden Schaden des Kindes verordnet wird, weil durch diese Uebersterilisation eine „Dehumanisierung“ der Milch im weitesten Sinne herbeigeführt wird. Diese, die Notwendigkeit, Bedeutung und Schwierigkeit einer rationellen Kinderernährung anbahnenden soziologischen und naturwissenschaftlichen Erörterungen leiten zugleich in die konkrete Praxis über, mit der sich Autor im vierten Abschnitt „Der neugeborene und jüngere Säugling“ befaßt. Die Trennung in eine Zeit des „Neugeborenen“, die ersten 14 Lebenstage umfassend, und die des „jüngeren Säuglings“, bis zum Ende des vierten Lebensmonats reichend, rechtfertigen statistische und diätetische Ursachen. Die Abhängigkeit jener von der leidigen Hebammenfrage gibt zu eingehenden reformatorischen Vorschlägen Anlaß: ein dringlicher Notschrei an die gebildete Frau, eine große Lücke in einem in Wahrheit vernachlässigten Frauenberuf auszufüllen, in dem Hunderte, ja Tausende von unversorgten gebildeten Frauen eine auch für die rationelle Kinderernährung segensreiche Tätigkeit entfalten könnten.

Mehr noch wird gefordert. Der Staat selbst müßte die Säuglingsfürsorge der unteren arbeitenden Volksschichten ausgehen lassen von öffentlichen, unter spezialärztlicher Leitung stehenden Anstalten, wie sie uns vorauseilend das Ausland als schon lange erstrebenswert hinstellt. Eine eingehende Uebersicht derartiger Institute in Frankreich, Amerika und Schweden läßt uns dieses Ideal in seiner geschichtlichen Entwicklung entstehen. Die Hauptaufgabe dieser Einrichtungen, deren Prototype wir in der französischen „Consultations de nour issons“ und „gouttes de lait“ sehen, soll in der Proklamierung der Mutterbrusternährung liegen. Denn falsch ist die Lehre B u n g e s, nach der 73% unserer Frauen stillunfähig sind; unverantwortlich ist es also, weil nicht biologisch, wenn von Aerzten immer wieder mit bewundernswerter Naivetät die alten zerbrochenen und der Basis beraubten Grundsätze als vollwertiges Gut aufgetischt werden; neun Zehntel aller Frauen sind voll stillfähig. Unverantwortlich ist es ferner, wenn bei unzureichender Quantität das Kind sofort ganz von der

Brust abgesetzt wird: jeder Tag mehr auch eines nur unvollkommenen Stillens erhöht die Lebensfähigkeit des Säuglings. Es gibt nur eine absolute Kontraindikation des Selbstnährens: die Tuberkulose oder schwere tuberkulöse Belastung der Mutter. In allen anderen Fällen entscheidet stets das individualisierende Taktgefühl des Arztes, das aber in zweifelhaften Lagen eine sichere Führung auch nicht gewährleistet. Man versuche cum grano salis stets den Säugling an die Brust zu legen. Denn bei rationeller Behandlung einer primären Hypogalaktie kann die Durchschnittsleistung einer trägen Brustdrüse weit über das Bedürfnis bis zu 3—4 l pro Tag wachgerufen werden. Gelingt das nicht — genaue Wägungen des Kindes vor und nach dem Trinken und Vergleich mit dem Kalorienbedarf entscheiden einzig und allein! — dann ist zunächst das unschätzbare „Allaitement mixte“ in kalorimetrischer Berechnung anzuwenden: dreistündige — nicht wie häufig noch zweistündige — alternierende Darreichung der Brust mit Ersatz des Manko durch Kuhmilchmischungen entsprechend dem Alter des Kindes. Schnuller und Wiege sind von vornherein dem Kinde nicht anzugewöhnen. Immer erst nach den Kuhmilchmischungen, die an zahlreichen Tabellen dem Praktiker veranschaulicht werden, kommen die verschiedenartigsten Surrogate in Betracht, für die heute noch nicht eine spezielle Indikationsstellung präzisiert werden kann. Ihre Aufzählung erübrigt daher an dieser Stelle nicht. In der Straßburger Klinik werden Theinhardt-Milchmischungen mit Vorliebe verwandt, wieder an reichlichen, praktisch verwendbaren Tabellen erläutert. Einfache Milch — Milchzuckermischungen — sind auch zunächst dann zu reichen, sofern die Ernährung von Anfang an eine „künstliche“ sein muß. In der Darlegung ihrer Technik wird stark die Innehaltung der $3^1/_2$—4stündigen Nahrungspausen betont, für den Pädiater von Fach abgegriffene Dinge, die das Handeln des Praktikers jedoch noch zu wenig beherrschen. Ein längerer Passus ist den Fällen gewidmet, in denen mangelndes Adaptionsvermögen, ungenügende Energie der allgemeinen kindlichen Stoffwechselfunktionen, selbst zweckmäßig gereichte Kuhmilchmischungen nicht vertragen lassen. Sechs instruktive Kurven demonstrieren, wie Theinhardts Kindernahrung diese seltenen Grenzfälle zwischen Physiologie und Pathologie auf die Norm hob. Mit einigen Worten wird der Schwierigkeiten gedacht, die sich der Behandlung der Säuglinge auf allgemeinen Säuglingsstationen ohne Hausammen entgegenstellen. In der Tat sprechen die ungünstigen Mortalitätsverhältnisse, die an den verschiedenen Kliniken zwischen 45—90% schwanken, eine überaus traurige beredte Sprache. Die auf das Vorbild Frankreichs sich stützende Hoffnung, daß eine Reichsammenordnung die ethischen und moralischen Bedenken der modernen Ammenfrage beseitige, erscheint darum nur allzu berechtigt. Die künstliche Ernährung, von verschiedenen Autoren verschieden durchgeführt, wird also heute leider noch für die meisten Säuglinge in Frage kommen. Wenn Referent an dieser Stelle eine Uebersicht über die Methoden versagt, findet das seine Berechtigung in der grundsätzlich anerkannten These Marfans, daß man bei der Suche nach einem Ersatz der Mutterbrust stets auf Irrwege gerät. In richtiger Erkenntnis der bei Brust- und Flaschenkindern differenten Schwierigkeiten für die fernere Zeit beschäftigt sich das fünfte Kapitel „Der ältere Säugling und das zweite Lebensjahr“ vorwiegend mit der Technik des endgiltigen Abstillens und dem Beginn alleiniger künstlicher Ernährung bezw. der Entwöhnung. Für beide Ernährungsarten besteht die Gefahr darin, daß in zu schneller Folge oder in quantitativ und qualitativ unzulässiger Weise die Ersatznahrung gereicht wird. In der Straßburger Klinik wird das Czerny-Finkelsteinsche Prinzip befolgt, um den sechsten Monat herum, statt der Mittagsmahlzeit eine Griesfleischbrühe zu reichen, allmählich die übrigen vier Mahlzeiten durch ständig in Konzentration und Konsistenz zunehmende kalorimetrisch streng berechnete Milchmengen zu ersetzen, so daß gegen

Ende des neunten Monats die Entwöhnung bei normalem Verlauf derselben beendigt ist. Ganz besondere und sachgemäße Vorsicht ist bei Brustkindern angezeigt, um einerseits möglichst langsam, weil relativ sicherer und störungsloser, die Aenderungen in der Verdauung und im Stoffwechsel einzuleiten, anderseits bei zuweilen und nicht vorauszusehenden unvermeidlichen Ablaktationsdiarrhöen eine noch funktionsfähige Brust zur Verfügung zu haben. Im neunten Monat wird Zwieback gereicht, zwischen dem zehnten bis zwölften Spinat, Karotten etc., Ei wird im 13. bis 15., Fleisch im 18. Monat gestattet. Mit Ende des zweiten Lebensjahres ist das Kind danach der Kost der Erwachsenen assimiliert. Detaillierte Menüs belegen dem Praktiker das Gesagte, die, wie manche medizinisch und soziologisch interessante Einzelheiten auf diesem neuen Gebiete, deren Illustration nicht in den Rahmen eines Referats paßt, im Original selbst nachgelesen werden müssen. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 45, H. 3 u. 4, 1907.)

6. In seiner überaus inhaltsreichen Arbeit faßt J. Langer in meisterhafter Kürze alle unsere positiven Kenntnisse über den Stoffwechsel des menschlichen Fötus und des Neugeborenen zusammen. Die größte Leistungsfähigkeit bezüglich der Vermehrung der Körpersubstanz fällt in die intrauterine Zeit. Denn betrachten wir das Gewicht der zwei Monate alten Frucht (4 g) als Einheit, so ergibt sich, daß der Körperansatz sich im dritten Monat verfünffacht, sich in den folgenden Monaten aber auf das 30fache, 71fache, 150fache, 305fache, 812fache gegenüber dem Körpergewicht des zweiten Monats vergrößert. In progredienter Zunahme steigt der tägliche Anwuchs von 0·53 g auf 32·6 g.

Die chemische Analyse verschieden alter Föten zeigt eine von Monat zu Monat steigende Zunahme der Trockensubstanz und eine konstante Abnahme des Wassers, welche Vorgänge sich ja bekanntlich auch im postfötalen Leben fortsetzen.

Von praktischem Interesse sind vergleichende Untersuchungen Langers über die Größe der bei der ersten Mahlzeit von verschiedenen Säuglingen und vom menschlichen Neugeborenen aufgenommenen Nahrungsmenge. Während sich beim neugeborenen Kaninchen, Hund, Zickel diese erste Nahrungsmenge auf $^1/_{26}$—$^1/_{16}$ des Körpergewichts belief, beträgt sie physiologischerweise beim neugeborenen Kinde nur $^1/_{800}$—$^1/_{300}$ seines Eigengewichts. Mit der Anspruchslosigkeit des Neugeborenen nach der Geburt geht parallel, namentlich bei Erstgebärenden, deren momentane Stillunfähigkeit. Die mütterliche Brustdrüse sezerniert normalerweise in den ersten Tagen wenig oder nichts. Das „Einschießen" der Milch tritt bei Erstgebärenden am vierten oder fünften, bei Mehrgebärenden am zweiten oder dritten Tage auf. Diese Tatsache kann von ärztlicher Seite den jungen Müttern und namentlich den Hebammen gar nicht eindringlich und oft genug wiederholt werden. Der Unkenntnis dieses Moments verdankt ein hoher Prozentsatz der Kinder die Verurteilung zur künstlichen Ernährung: denn „es war keine Milch da, es kam keine Milch, das Kind wäre verhungert", ist eine oft gehörte Begründung für das Unterlassen des Stillens.

Die Aufnahme von Schutzstoffen ist an die Darreichung der Mutterbrust bei Mensch und Tier gebunden. Untersuchungen Langers haben nun gezeigt, daß besonders dem Kolostrum ein relativ hoher Gehalt an solchem Schutzstoff zukommt, denn ein Kolostrosserum vermag die betreffende Milch in viel höherem Verdünnungsgrad zu präzipitieren, als dies mittels eines durch Milchinjektion erzielten Serums der Fall ist. So sehen wir auch durch diese neuesten Erkenntnisse die alte Erfahrung bestätigt und begründet: „Die Mutterbrust ist unersetzlich." — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 49, 1906.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Neuere Mittel und Anwendungsformen.

Einige neuere Arbeiten über „Kufeke“-Mehl.

Ueber Ernährungskur Lungenkranker berichtet Prof. Dr. A. Moeller, Berlin. In der Phthiseotherapie muß ein Hauptgewicht auf eine rationelle Ernährung gelegt werden, die als Uebererernährung charakterisiert wird. Bei fiebernden Kranken wird die Hauptschwierigkeit der Ernährung veranlaßt durch die Appetitlosigkeit. Als wirksame Unterstützung für solche Fälle empfiehlt Vf. das „Kufeke“-Mehl, welches vor anderen Präparaten den Vorteil hat, neben einem guten Geschmacke leicht verdaulich, assimilierbar und billig zu sein. Es hat eine hohe Nährkraft und ist durch Ueberführung der Stärke in Dextrin und Traubenzucker vermittels Diastase für die Verdauung direkt vorbereitet. Das „Kufeke“-Mehl wird als Zusatz zu Speisen oder auch als Suppe mit Wasser oder Milch morgens früh statt Kaffee gern genommen. Die Erfolge bezüglich der Hebung des Allgemeinbefindens, Anregung des Appetits waren sehr zufriedenstellende. Besonders gute Dienste leistete das „Kufeke“-Mehl bei jugendlichen Patienten, denen wegen Magenaffektionen keine Milch gegeben werden konnte, während Milch mit „Kufeke“-Mehl gut vertragen wurde, ferner bei Darmstörungen als „Kufeke“-Suppe mit Zusatz von Rotwein. Ein Tuberkulöser mit Larynxgeschwüren nahm unter Hebung des subjektiven Wohlbefindens in sechs Wochen um 7 Pfund an Körpergewicht zu. Glänzende Erfolge ergab „Kufeke“-Mehl bei skrofulösen und zur Tuberkulose disponierenden Kindern; sie erholten und kräftigten sich bald, das Körpergewicht nahm zu, der Ernährungszustand besserte sich, und die Darmstörungen schwanden. Mit Vorteil wurde „Kufeke“-Mehl auch bei fiebernden Tuberkulösen und anämischen Kranken gebraucht. — (Therap. d. Gegenw. Nr. 2, 1907.)

Ueber „Kufeke“-Mehl bei Magen- und Darmerkrankungen Erwachsener berichtet Dr. P. Münz (Kissingen) in der Allgemeinen medizinischen Zentral-Zeitung, Nr. 1, 1907. Das Bestreben, die Nährpräparate als ein Gemisch von stickstoffreien Nährstoffen, vor allem von Kohlehydraten und dem stickstoffhaltigen Eiweiß, vor allem dem Pflanzeneiweiß, darzustellen, hat den Vorteil, daß das Pflanzeneiweiß bei einer Verdauungsschwäche nicht so leicht in Zersetzung und Fäulnis übergeht wie das tierische Eiweiß, und die Verdauung der Kohlehydrate im Munde, Magen und Darm stattfinden kann. Noch besser sind solche Präparate, bei denen das Amylum, wie im „Kufeke“-Mehl, durch Diastase in Dextrin und Traubenzucker übergeführt ist. Das „Kufeke“-Mehl zeichnet sich außerdem durch seinen Nährwert, seine Verdaulichkeit und Ausnutzbarkeit, sowie durch seinen billigen Preis besonders aus. Es kann bei allen Erkrankungen chronischer oder akuter Art, bei denen keine Appetenz vorhanden ist und die Einschmelzung von Fett und Eiweiß verhütet werden muß, Verwendung finden, besonders bei den Erkrankungen des Magen-Darmkanals, wo die richtige Ernährung den wichtigsten Faktor der Behandlung bildet. Sehr günstig wirkte das „Kufeke“-Mehl bei chronischen Magen-Darmerkrankungen, wie chronischem Magenkatarrh, chronischem Dünndarm- und Dickdarmkatarrh, zwei Fällen von nervöser Dyspepsie mit Hyperazidität des Magensaftes, einem Fall von Achylia gastrica, ferner bei atonischen Zuständen des Magens und Darmes. Die Mengen pro die schwankten zwischen 50—120 g und wurden als Zusätze zu Milch, Tee oder Suppen gegeben. „Kufeke“-Mehl bildete stets neben anderer Kost eine willkommene Abwechs-

---

*) **Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.**

lung und wurde immer gern genommen, es bewährte sich ferner als gutes diätetisches Mittel bei Erwachsenen in Zuständen darniederliegender Magen-Darmfunktion, so daß es sehr zu empfehlen ist.

Ueber weitere Verwendbarkeit des „Kufeke"-Kindermehles machte Dr. Freudenberg-Dresden eine Mitteilung aus der ärztlichen Praxis und dem königl. Krankenstift in Dresden. (Dir. Hofrat Dr. Honecker.)

Während das „Kufeke"-Mehl meistens bisher nur als Kindernährmittel und Kinderheilmittel bei gewissen Verdauungsstörungen gebraucht wurde, eignet es sich gleichfalls in ganz hervorragendem Maße für kranke, schwache, senile Erwachsene. Beim Kinde sowohl wie bei dem in seiner Vitalität gestörten Erwachsenen liegt bezüglich der Verdauungsorgane dieselbe Empfindlichkeit, dieselbe leichte Verletzbarkeit und dieselbe hiedurch bedingte Schonungsbedürftigkeit vor. Hier ist nun das „Kufeke"-Mehl nicht nur ein vortreffliches Nährmittel auch für Erwachsene, sondern es macht auch die bei Krankheitszuständen so wichtige Milch als Zusatz wohlschmeckender, nahrhafter und leichter verdaulich. Es leistet für die Ernährung tatsächlich soviel, wie gleiche Mengen von Eiweiß, Kohlehydraten etc. in irgend einer leichtverdaulichen Form. Vf. wollte erproben, ob das „Kufeke"-Mehl auch unter kritischen Verhältnissen mehr leistet als viele andere Präparate ähnlicher Art und auch in den extremsten Fällen als Nährmittel Anwendung finden kann. Bei einer 40jährigen Frau mit akuter Nephritis wurde Milch absolut nicht mehr vertragen, und es widerstand der Patientin auch Milch mit „Kufeke"-Zusatz. Das „Kufeke"-Mehl allein erwies sich als ausreichend zur Aufhebung des Reizes und gleichzeitigen Ernährung, und der Eiweißgehalt fiel in derselben Weise wie beim absoluten Milchregime. Bei einer 55jährigen Frau mit chronischer Nephritis nach Eierstockgeschwulst, wo ebenfalls Milch nicht vertragen wurde, wirkte das „Kufeke"-Mehl in gleicher Weise wie Milch. Bei einer 38jährigen Frau mit völliger Erschöpfung nach fünf Aborten brachte das „Kufeke"-Mehl rasch Kräftigung, und bei einer 38jährigen Frau mit Gallensteinleiden war das „Kufeke"-Mehl die einzige Nahrung, die vertragen wurde. Endlich hat Dr. Honecker mit dem „Kufeke"-Mehl ausgedehnte Erprobungen gemacht bei Erwachsenen in Fällen von Magen- und Darmerkrankungen, bei denen es stets gern genommen wurde und sehr günstig wirkte. — (Der Kinderarzt, 17. Jahrg., Nr. 12.)

Bromural.

Die zahlreichen Untersuchungen, welche Runk mit diesem neuen Schlafmittel aus der Reihe der Baldriansäurederivate angestellt hat, erstreckten sich auf Fälle von Schlaflosigkeit leichten, mittleren und schweren Grades aus den verschiedensten Ursachen, und die entsprechend gruppierten Ergebnisse sind eine Bestätigung der günstigen Resultate aus der Marburger Klinik, über die im Juni-Heft, Seite 325, berichtet wurde. Danach ist das Bromural ein schnell wirkendes, völlig ungefährliches Beruhigungsmittel, das in Fällen leichter nervöser Schlaflosigkeit indiziert ist und hier schon in kleinen Dosen von 0·3—0·6 g für Erwachsene nach 5 bis 25 Minuten Schlaf herbeizuführen vermag. Das Bromural wurde außer bei Erwachsenen aber auch bei Kindern, selbst Säuglingen, angewendet und hier selbst in verhältnismäßig hohen Dosen, $^1/_3$ bis $^1/_4$ Tablette 2—3mal täglich, ohne irgend welche Störungen von Seiten des Magens und der Ausscheidungsorgane vertragen; ja in einigen Fällen konnte das Präparat mit gutem Erfolg gegen Unruhe und Krämpfe der Kinder angewendet werden, nachdem andere Hilfsmittel schon versagt hatten und aus guten Gründen von der Darreichung eines stärkeren Narkotikums Abstand genommen wurde. Im allgemeinen versagte aber Bromural wegen seiner nur ganz geringen narkotischen Wirkung in allen Fällen, wo Schmerzen, Hustenreiz, Angina pectoris, Erregungszustände oder Delirien bestanden. Bei fortgesetztem Gebrauch bleibt die Wirkung des Bromurals die gleiche. Es tritt keine Angewöhnung ein; auch die bei mehreren der gebräuchlichen Schlafmittel beobachtete

kumulative Wirkung wurde bei Bromural nie bemerkt, wohl eine Folge des raschen Zerfalles bezw. seiner raschen Ausscheidung im Organismus. Als großen Vorzug gegenüber anderen bekannten Schlafmitteln mit merkbar narkotischer Wirkung bezeichnet der Vf. die völlige Unschädlichkeit des Mittels, das Fehlen aller Neben- und Nachwirkungen; die Patienten fühlen sich nach dem Erwachen aus Bromuralschlaf wie nach dem natürlichen Schlaf frisch und erquickt, ohne Benommenheit und Depressionszustände. Vorzüglich bewährte sich das Bromural zur Einleitung des Schlafes bei älteren Personen. Bezüglich weiterer Einzelheiten muß auf die Arbeit selbst verwiesen werden. Das Präparat ist ein weißes, geruch- und fast geschmackloses Pulver, welches in Tabletten à 0·3 g in den Handel kommt, die in Wasser leicht zerfallen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 15, 1907.)

Coryfin.

Coryfin ist Aethylglykolsäurementholester und bildet eine farblose, nahezu geruchlose Flüssigkeit. Es ist nur schwierig löslich in Wasser, leicht in Alkohol, Aether und Chloroform. Man wendet es in allen Fällen an, in denen eine nicht zu schroffe, langandauernde äußerliche Mentholwirkung erwünscht ist; als Linderungsmittel bei Nervenkopfschmerzen, Katarrhen der Nase und des Rachens. Das Coryfin wird auf der Haut oder Schleimhaut ganz langsam unter Mentholabspaltung zersetzt, worauf sein nachhaltiger Effekt beruht. Bereits 10—15 Minuten nach der Applikation des Mittels empfinden die Patienten an den betreffenden Stellen ein angenehm kühlendes Gefühl. Gleichzeitig tritt eine lokale Analgesie ein. Dosierung: Bei Migräne, Kopfschmerz etc. einige Tropfen auf der Stirn zerreiben oder aufpinseln. Bei Heiserkeit 4—6 Tropfen in ein Glas Wasser verteilt zum Gurgeln, eventuell auf ein Stückchen Zucker träufeln und dieses im Munde zergehen lassen. Bei Schnupfen Einpinseln der Nasenschleimhaut. Sehr wirksam erweisen sich bei aller Art Katarrhen der Atmungsorgane Inhalationen eines Coryfinsprays. Zum innerlichen Gebrauch eignet sich am besten eine Lösung des Coryfins in gleichen Teilen Spiritus. Das Mittel ist gut verkorkt und vor Licht geschützt aufzubewahren. Es wird erzeugt von Bayer & Comp., Elberfeld. — (Pharm. Ztg., Nr. 21, 1907.)

Proteïnum pyocyaneum.

Proteïnum pyocyaneum ist ein Extrakt aus Kulturen des Bacillus pyocyaneus, das nach der Buchnerschen Methode mittels Kalilauge gewonnen wird. Es bildet eine grünlich-gelbe, leicht alkalisch reagierende Flüssigkeit, deren Geruch an Lindenblüte erinnert, ist vollkommen unschädlich und enthält sonach keine lebenden Keime. Das Protein bewahrt auch bei längerem Lagern seine Wirksamkeit, wenn es an einem trockenen, vor Licht geschützten, kühlen Orte aufbewahrt wird. Das Pyocyaneusprotein ist durch Janowsky, durch Honl und Bukovsky bei Ulcera cruris mit überraschendem Erfolge praktisch zur Anwendung gezogen worden. Selbst die hartnäckigsten Unterschenkelgeschwüre werden durch das Präparat aufs günstigste beeinflußt. Die Anwendung geschieht in Form eines Umschlages, indem man ein mit dem Protein durchtränktes Gazebäuschchen auf das Geschwür legt und mit einem leichten Verbande fixiert. — (Brückner u. Lampe, Ber.)

Hydrargyrum bibromatum.

Das Quecksilberbromid, $HgBr_2$, bildet farblose Kristalle, die sich in Wasser, Alkohol und Kochsalzlösung lösen. Bisher wurde es gegen Syphilis innerlich in Dosen von 0·002 g gewöhnlich in Pillenform verabreicht. Poltawzew hat nach Vorgang Zelenews Versuche mit intramuskulären Injektionen angestellt, da sie wenig schmerzhaft sind und vor anderen Quecksilberinjektionen Vorzüge besitzen sollen. Für die Behandlung der Syphilis in den verschiedenen Stadien empfiehlt er eine Lösung von 1 g Quecksilberbromid in 100 cm^3 Wasser oder 100 cm^3 0·5%iger Kochsalzlösung, wovon man pro dosi 1 cm^3 injizieren kann. In schweren Fällen kann man ebensoviel einer 2—3%igen Lösung verwenden,

allein diese Konzentration erzeugt Schmerzen, wenn auch nicht so heftige, wie eine entsprechende Quecksilberchlorid- oder Quecksilberbenzoatlösung. Besonders hervorzuheben ist die geradezu spezifische Wirkung des Quecksilberbromids auf die nervösen Begleiterscheinungen der Syphilis, wie Kopfschmerzen und verschiedene Neuralgien, welche unter dem Einfluß des genannten Mittels eine rasche Linderung erfahren. — (Mercks Ber. 1907.)

Lacto.

Lacto ist ein Milchpräparat aus Kasein und Serum von entfetteter Milch. Die prozentische Zusammensetzung ist folgende: 36·03 Peptone und andere Produkte der Digestion der Eiweißstoffe, 1·90 Tyrosin, 0·30 Amine und Lezithine, 0·673 Fett, 3·21 Milchzucker, 0·757 Milchsäure, 13·66 Karamel und stickstoffreie Extraktivstoffe, 17·38 lösliche Salze (darunter 9·02% Monokaliumphosphat), 5·82 unlösliche Salze und 20·27 Wasser. Es zeigte nach A. Delavilla ausgezeichnete Wirkung auf den Ernährungszustand, bewirkte keine Verstopfung, Verdauungsstörungen, Reizerscheinungen des Herzens oder, bei Anwendung als Klistier, des Darmes. Der Appetit wurde bei Gebrauch des Präparats angeregt. — (Pharm. Post, Nr. 8, 1907.)

b) Pharmakologische Präparate.

Corticin ist nach Zimmers Bericht salzsaures Chinin-Koffein, das aus 2 Teilen Chinin. hydrochlor. und 1 Teil Coffein. besteht. Es wird sowohl innerlich gegeben, wie nach Bösser in 1%iger Lösung als Einträufelung in die Augen gegen die in der Regel mit dem Heufieber verbundene Bindehautentzündung der Augen.

Extractum Cynosbati fluid. tamarindinatum.*) Das Hagebuttenextrakt dient als Hausmittel gegen Steinkrankheiten aller Art. Die Samen sind seit ältesten Zeiten gegen Nieren- und Gallensteine angewendet und stehen als Volksheilmittel in hohem Ansehen. Das Extrakt hat durch den Zusatz von Tamarinden eine laxierende Wirkung erhalten, die gleichzeitig eine angenehme Stuhlerleichterung hervorbringt. Man nimmt das Mittel in Dosen von 1—2 Teelöffel voll auf eine Tasse heißen Wassers, mit oder ohne Zusatz von Zucker. Dieser Tee schmeckt ähnlich dem besten chinesischen Tee und hat nicht die aufregende Wirkung des letzteren.

Extractum Glaucii fluid.*) wird aus den Wurzeln, Kraut und Blüten des frischen Hornmohnes gewonnen. Nach den Untersuchungen von Fischer soll das Mittel gegen Zuckerkrankheit mit Erfolg gebraucht werden. In Dosen von täglich 2—3 Teelöffel voll auf ein Glas Wasser wirkt das Extrakt in erster Linie blutbildend und tonisierend auf das ganze Gewebe. Darin liegt ein wesentlicher Faktor zur Heilung aller solchen Krankheiten, bei denen die Magendarmfunktion darniederliegt und die Körpergewichte und die Körperkräfte sinken. Auch bei den Folgezuständen von Malaria und von Tuberkulose soll das Extrakt von verschiedenen Aerzten mit Erfolg angewendet worden sein.

Extractum Kanakugi fluid.*) wird aus dem Holz und der Rinde von Lindnera Kanakugi hergestellt. Von Cowers wurde dieses Mittel im Jahre 1896 gegen Syphilis empfohlen, nachdem er dieses Mittel als ein Geheimmittel der Malayen gegen die erwähnte Krankheit erkannt hatte. Versuche, die in verschiedenen Krankenhäusern angestellt wurden, haben den Wert des Extrakts bei gewissen Erscheinungen der sekundären Syphilis ergeben. Man gebraucht das Extrakt in Dosen von täglich zwei Teelöffel voll in Wasser. Ein längerer Gebrauch dieser Ordination wird vorausgesetzt.

Extractum Nardostachys fluid.*) Das Nardenextrakt wird aus dem ganzen Kraut der Pflanze bereitet. Die Nardostachys lieferte bereits den Griechen und Kleinasiaten das berühmte Nardenöl, welches im Altertum und ganzen Mittelalter ein hochgeschätztes Heilmittel für Salbengrundlagen bildete. Die Pflanze gehört zur Familie der Valeria-

*) Neues Präparat des Biochemischen Institutes Marpmann in Leipzig.



neen und wird im Himalajagebiete gefunden. Seit einigen Jahren hat man das Extrakt gegen Epilepsie, Chorea, Neurasthenie und allgemeine Nervenleiden versucht. Dosis für Erwachsene 20—30 Tropfen auf Zucker oder in Getränken. Nachteilige Wirkungen sind nicht beobachtet worden.

Gentiopikrin, ein kristallinisches, bitter schmeckendes Glykosid aus den Wurzeln von Gentiana lutea, wird von Tanret als abführendes Mittel und Antimalarikum empfohlen.

Herniol, ein neues Mittel gegen Nierenkrankheiten, ist ein Fluidextrakt, welches Banholzer aus einer Mischung von Herniaria glabra und Fol. Uvae ursi darstellte und mit Erfolg anwendete. Gabe: 3—4mal täglich 20 Tropfen. — (Pharm. Post, Nr. 15, 1907.)

Theolactin ist ein Doppelsalz von Theobromin-Natrium und Natriumlaktat. Es ist ein weißes, in Wasser leicht lösliches Pulver. Nach dem Auflösen in warmem Wasser und Filtrieren bildet sich beim Erkalten ein geringer weißer Niederschlag. Das Pulver ist stark hygroskopisch. Der Theobromingehalt beträgt nach Angabe des Darstellers, Dr. Lüders in Charlottenburg, 57·6%. Eingegeben wird das Mittel in Oblaten, in Dosen von 1 g, 3—4—6mal täglich oder in Lösung (Aq. Menth. pip., Aq. dest. āā). In den Handel bringen es die Vereinigten Chininfabriken Zimmer & Co. in Frankfurt a. M. — (Pharm. Post, Nr. 10, 1907.)

Tisopirin-Pastillen, von denen jede 0·1 g Aspirin, 0·00025 g arsenige Säure und 0·1 g Kampfersäure enthält, finden Anwendung bei Lungentuberkulose in einer Dosis von vier Stück täglich; jeden vierten Tag um eine Pastille, bis auf 10 Stück täglich, zu steigen.

2. Behandlungsmethoden.

Behandlung der Epilepsie.

Bei Epilepsie schlagen J. und R. Voisin und A. Rendu folgendes Vorgehen vor, um bei hoher Bromdosis einen möglichst großen Effekt zu erzielen und dennoch Bromismus zu vermeiden. Die Patienten erhalten 10 Tage lang täglich 4 g Bromkalium, dann 10 Tage lang 10 g, hierauf 10 Tage kein Bromsalz, sondern kochsalzarme Nahrung. Patienten unter 16 Jahren gibt man 2—8 g Bromkalium pro die. Diese periodische Behandlungsweise soll sehr vorteilhaft und wirksam sein. — (Arch. de neurologie, Nr. 9, 1906; Mercks Ber. 1907.)

Behandlung der Gicht.

Williams sieht bei Behandlung von Gicht einen besonderen Vorteil in der Kombination von Kaliumjodid mit Guajakharz. Er verordnete mit befriedigenden Erfolgen dreimal täglich 0·6 g Kalium jodatum und 0·6 g Resina Guajaci. Die Dosis des letzteren ist bei einem etwaigen Auftreten von Diarrhöe zu erniedrigen. — (Wien. med. Wochenschr., Nr. 33, 1906.)

Gegen Gicht und andere Formen der harnsauren Diathese hat sich das Magnesium-Perhydrol bestens bewährt. Tophi von Haselnußgröße wurden weich und schwanden rasch. Die Harnsäureausscheidung stieg um das Mehrfache.

Syphilisbehandlung.

Mergal bei Syphilis. Saalfeld empfiehlt für die innerliche Verabreichung von Quecksilber bei Syphilis das Mergal in Kapseln, und zwar Mergal 0·05, Tanninalbuminat 0·1. Treten im Anfange der Behandlung bei hiefür disponierten Personen Durchfälle auf, so läßt er zu jeder Verabreichung des Mergals 1—2 Tropfen Tinct. Opii simpl. nehmen. Je nach der Konstitution des Kranken beginnt man mit 3—6 Kapseln täglich, die stets nach den Mahlzeiten genommen werden müssen, und steigt allmählich bis auf 10—12—15 Kapseln. — (Pharm. Post, Nr. 10, 1907.)

Behandlung der Impetigo.

Nach Entfernung der Krusten empfiehlt Sabouraud Betupfung der Arrosionen mit einem der alten Pharmakopöe entnommenen Präparate, sogenannten Eau d'Alibour: Aq. camphorat. satur. (filtriert) 200·0, Cupr. sulfuric. 2·0, Zinc. sulfuric. 7·0. Die Lösung wird zum Gebrauch mit dem doppelten Volumen



Wasser verdünnt. Das Kampferwasser muß filtriert werden, denn die ungelösten Kampferpartikelchen wirken stark reizend. Die Betupfungen sind zweistündlich zu wiederholen. Bald läßt das Nässen nach. Man verbindet dann die wunden Stellen mit einer Boraxsalbe oder folgender von Vidal empfohlenen Salbe: Cerae. (sin aq.) 20·0, Ol. cadin. 1·0, Hydr. praec. flav. 0·5. Bei Effloreszenzen, welche noch in Bildung begriffen sind, soll man baldmöglichst eingreifen. Das Bläschen wird aufgeschnitten und die Wunde mit obiger Lösung betupft. Bei der parasitären Form der Impetigo ist die Krankheitsursache in erster Linie zu behandeln. Bei der Pedikulosis ist Haarschneiden das radikale Mittel. Dies kann bei Frauen mit einiger Geduld vermieden werden durch Waschung der Haare mit folgender Lösung: Hydrarg. bichlorat. cor. 1·0, Acid. acetic. glac. 4·0, Spiritus, Aq. dest. āā 200·0. — (Korresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte, Nr. 3, 1907.)

Behandlung der Hornhauttrübungen.

Pick faßt seine Erfahrungen über die Behandlung der Hornhauttrübungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das bekannteste Mittel ist die systematisch geübte Massage. Sie wird mehrmals täglich vorgenommen, das andere Auge wird zur Kontrolle offen gehalten und dann werden entsprechend der Hornhaut auf den Lidern in 1—1½ Minuten rotierende, vertikale und horizontale Streichbewegungen mit den flach angelegten Mittelfingern der entsprechenden Hand ausgeführt. Zur Steigerung des Effekts können vor der Massage Salben mittels Glasstabes in den Bindehautsack eingeführt werden; meist werden dazu benutzt:

1. Rp. Hydrarg. praecip. flav. 0·05—0·1
Aq. dest. } āā 0·5
Adipis lanae }
Vaselini americani 5·0
D. S. Augensalbe.

2. Rp. Kalii jodati 0·3
Natrii biboracici 0·5
Vaselini ad 10·0
D. S. Augensalbe.

3. Rp. Unguent. hydrarg. ciner. }
Vaselini americani } āā 3·0
Lanolini }
M. D. S. Augensalbe.

Die Massage muß lange Zeit, Monate hindurch, ausdauernd fortgesetzt werden, dann werden oft überraschende Erfolge erzielt. Malgat will in sieben Jahren von 112 in dieser Weise behandelten Kindern 91 geheilt und 11 gebessert haben.

Eine strikte Kontraindikation gegen die Massage bildet hochgradige Myopie wegen der Gefahr der Netzhautablösung.

Eine besondere Form der Massage bildet die Vibrationsmassage, die Sneginrow 1897 empfohlen hat. Sie erhöht seiner Meinung nach die Diffusion wesentlich (auch bei totem Auge) und regt den Säftestrom an.

Auf dem Wege der Elektrolyse hat Adler versucht, Hornhauttrübungen aufzuhellen; er verwendete einen Strom von 0·1—1·25 Milliampère, 10 bis 15 Sekunden lang, einmal wöchentlich, nach Anästhesierung, negative Elektrode auf der Hornhauttrübung. Er will damit gute optische und kosmetische Erfolge erzielt haben.

Neben der Massage verwendet Vf. gern noch folgende Mittel, die sich ihm als gut wirkend und subjektiv angenehm bewährt haben:

2. Heiße Dampfduschen. Ueber kochendem Wasser wird das Gesicht so weit entfernt gehalten, daß die warmen Wasserdämpfe auf das geöffnete Auge wirken können, ohne zu schmerzen. Dauer: zirka 10 Minuten dreimal täglich; oder:

3. Heiße Luftduschen. Die durch Spiritus erhitzte Luft wird in ein Rohr geleitet und den geöffneten Augen zugeführt. Die Austrocknung des Bindehautsackes erzeugt einen lebhaften Flüssigkeitswechsel.

4. Dionin-Einträufelungen wirken durch die von ihnen hervorgerufene Lymphüberschwemmung des Auges (Wolffberg) ebenfalls günstig für die Aufhellung von Hornhauttrübungen. Es wird entweder in Lösung (2—3%ig) oder in Pulverform auf die Bindehaut ge-



bracht; die Wirkung wird mit jedesmaliger Anwendung schwächer. — Kontraindiziert ist es nur bei Trachom, bei dem es gelegentlich Pannusrezidive erzeugen kann.

5. Subkonjunktivale Injektionen von 2—4%iger Na Cl, einmal wöchentlich an verschiedenen Stellen der Conjunctiva bulbi, zirka $^1/_2$ cm³. Sie sind von Wert besonders für die bei Keratitis parenchymatosa zurückbleibenden Hornhauttrübungen, zumal in den ersten Monaten nach Beendigung des entzündlichen Prozesses. Die Wirkung ist die einer stärkeren Auflockerung und Vaskularisation des Gewebes. Infolge der Reizung des Auges muß dasselbe einige Tage verbunden sein.

6. Bäder respektive Umschläge. Von 20%iger Ammonium chloratum-Lösung 1 Teelöffel auf 1 Glas abgekochtes warmes Wasser 3—4mal täglich 15—20 Minuten, steigend bis 2 Eßlöffel auf 1 Glas Wasser. Diese Umschläge haben sich Pick in den letzten drei Jahren ausgezeichnet bewährt. Fast ausnahmslos geben die Patienten nach vier- bis sechswöchiger Anwendung eine Besserung der Sehkraft an. Gerade bei älteren Hornhauttrübungen ist ihre Wirkung auffallend; das Alter der Personen scheint dabei keine Rolle zu spielen.

Ist längere Zeit nach Ablauf der primären Hornhautentzündung verflossen, und haben die oben erwähnten Maßnahmen keinen wesentlichen Erfolg erzielt, so muß eventuell zu anderen Verfahren übergegangen werden, von denen die wichtigsten folgende sind:

1. Subkonjunktivale Injektionen von Thiosinamin.

Rp.	Thiosinaminae	2·0
	Glycerini	4·0
	Aq. dest.	ad 20·0

D. S. Eine halbe Spritze zur Injektion wöchentlich einmal, hat in Fällen von schwerem Leukom recht gute Dienste geleistet.

2. Die Jequirity-Ophthalmie, respektive Behandlung mit Jequiritol (Römer) und dem Jequiritol-Serum. Die Wirkung bei trachomatösem Pannus hat nicht den Erwartungen entsprochen, die an dieses Heilmittel geknüpft wurden. Bei alten skrofulösen Hornhauttrübungen scheint das Mittel besser zu wirken, indessen ist das Risiko einer Dakryozystitis auch bei Gebrauch des Jequeritol-Serums vorhanden.

3. Die Abrasio corneae, das Abkratzen der fleckigen Trübungen (Holstroem) kommt besonders in Fällen in Betracht, in denen zirkumskripte höckerige Hornhauttrübungen bestehen. Die Abkratzung, mittels scharfen Löffels oder Schmalmessers vorgenommen, gibt in geeigneten Fällen ausgezeichnete Resultate. Der gute Effekt dieser Maßnahme beruht darauf, daß die stark ungleichmäßige Lichtbrechung infolge der unregelmäßigen Hornhautwölbung wegfällt.

4. Die Tätowierung mit chinesischer Tusche. Sie ist indiziert 1. bei Leukomen zur Verschönerung des Aussehens; 2. bei kleinen, scharf begrenzten, durchscheinenden Hornhauttrübungen zur Beseitigung der Blendung und dadurch zur Erhöhung der Sehschärfe (oft kombiniert mit optischer Iridektomie). In letzterem Fall hat ihre Ausführung nur dann Zweck, wenn ein Teil des Pupillargebietes der Hornhaut normal ist. Die Sehstörung bei dieser Art von Hornhauttrübungen ist im wesentlichen dadurch bedingt, daß die durch die durchscheinende Hornhautstelle fallenden Lichtstrahlen ein verschwommenes Bild der Außenwelt geben und das deutliche Bild stören, das durch die klaren Hornhautstellen auf derselben Netzhautpartie entworfen wird. Es tritt also Blendung, sogar beim Sehen mit beiden Augen, ein. Wird der Fleck tätowiert, so verschwindet die Blendung, und die Sehschärfe steigt oft in erheblichem Grade, nicht selten um das Zwei- bis Dreifache. Die Ausführung dieser Operation ist im allgemeinen Sache des Augenarztes; besonders in den letzterwähnten Fällen muß sie sehr subtil, unter Lupenbetrachtung vorgenommen werden.

5. Keratoplastik. In den schwersten Fällen von totalen Leukomen ist von Hippel, Salzer, Sachs u. a. der teilweise Ersatz der getrübten Hornhaut durch durchsichtige Stoffe, sei es durch

ein Bergkristallfensterchen (Salzer), sei es durch normale tierische oder gelegentlich auch menschliche Hornhaut versucht worden. Wohl ist die Anheilung der transplantierten Hornhautlappen gelungen, aber stets trat eine nachträgliche Trübung und Vaskularisation des Lappens ein, die somit den ursprünglichen guten optischen Effekt dieser Operation vernichtet hat. — (Ther. Mon.-Hefte, Nr. 4, 1907.)

Protargolsalbe.

Auf die Vorzüge der Protargolsalbe als Wundverbandmittel hat schon vor einigen Jahren Hopmann hingewiesen und namentlich gerühmt ihren trefflichen Einfluß auf die Granulationsbildung und die Epidemisierung; die unter konsequenter Anwendung von Protargolsalbenverbänden entstehenden Narben sollen besonders schön und von vorzüglicher Beschaffenheit sein. Diese Vorzüge, namentlich die Anregung der Epithelregeneration bestätigt neuerdings (Berl. klin. Wochenschr., 1907, S. 117) Müller-Elberfeld. Er benützt eine 5—10%ige Salbe nach folgender Formel: Rp. Protargol. 3·0; solve in Aq. dest. frig. 5·0; misc. c. Lanolin. anhydr. 12·0; adde Vaselin. flav. 10·0. M. f. ung. S: Wundsalbe. — (Korresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte, Nr. 9, 1907.)

Gonosantherapie bei Zystitiden der Prostatiker.

Veranlaßt durch die zahlreichen überzeugenden Veröffentlichungen hervorragender Fachleute des In- und Auslandes über die segensreiche Wirkung des Gonosans, sowie durch seine eigenen persönlichen Erfahrungen bei Behandlung rein gonorrhoischer Affektionen hat Keil (Berlin) das Gonosan in neun Fällen von Blasenerkrankungen der Prostatiker teils mit, teils ohne Blasenspülungen verwendet. Sämtliche Patienten klagten bei der ersten Konsultation über Fieberanfälle mit leichten Schüttelfrösten, häufigem, schmerzhaften Harndrang, Leibschneiden und Blasendruck, Schmerzen beim Stuhlgang und Brennen während und nach der Miktion. Bei der urologischen Untersuchung der Patienten, die alle jenseits des 45. Lebensjahres standen, fand man eine stark vergrößerte, ziemlich harte und druckempfindliche Prostata. Fast in allen Fällen wurde ein ziemlich reichlicher, mehr oder minder dicker und übelriechender, trüber, wolkenartiger Residualharn entleert, der stark alkalisch reagierte; außerdem konnte man mikroskopisch Eiterkörperchen, Leukozyten, rote Blutkörperchen, Fettkügelchen und Epithelien nachweisen. Im Anschluß an den ersten Untersuchungskatheterismus hat Vf. in fünf der angeführten Fälle sogleich eine gründliche Blasenspülung vorgenommen, bis das Spülwasser klar abfloß, verordnete ihnen alsdann Gonosan fünfmal täglich zwei Kapseln, und gebot ihnen, sorgfältig auf das etwaige Auftreten von Fieber- und Schüttelfrostanfällen, auf den Urindrang, auf Blasenschmerzen, auf Farbe und Menge des Urins zu achten. Die Patienten wurden angewiesen, alle drei Tage sich einzustellen. Schon bei der zweiten Konsultation war das Resultat recht zufriedenstellend; bei der vierten Konsultation fühlten sich drei dieser Patienten bereits recht wohl, weswegen nur Gonosan weiter verordnet wurde. Nach 25tägiger Behandlung mit Gonosan waren bei diesen Patienten die anfangs bestehenden Beschwerden vollständig gewichen und auch die urologische Untersuchung ergab bedeutende Besserung. Bei den beiden übrigen Patienten mußte die interne Behandlung fortgesetzt werden, worauf hinsichtlich des Residualharnes die gleichen Resultate erzielt wurden. In den übrigen vier Fällen, in denen es sich um alte, dekrepide Patienten mit umfangreichen Veränderungen der Blasenwandung selbst handelte, verordnete Vf. Gonosan fünfmal täglich zwei Kapseln und machte in den ersten 10—14 Tagen täglich Spülungen in jeder Sitzung, bis das Spülwasser klar abfloß (4—6 Spritzen). Nach drei Wochen langer Behandlung beschränkte Vf. die Spülungen auf jeden dritten Tag, nach sechswöchiger Behandlung auf alle 8 bis 14 Tage; dagegen mußten die Patienten Gonosan täglich viermal zwei Kapseln und in der letzten Zeit statt dessen Urogosan

in gleicher Dosierung nehmen. — Auf Grund dieser Erfahrungen gelangt Vf. zu der Ueberzeugung, daß das Gonosan ein zuverlässiges und wohltätiges Präparat sei, welches nicht nur von den Spezialärzten, sondern auch von den praktischen Aerzten ausgiebig angewendet zu werden verdient. — (Monatsber. f. Urologie, H. 12, 1906.)

Kollargol bei Gonorrhöe.

Prof. Leon Gans (Philadelphia) berichtet über 132 Fälle von akuter Gonorrhöe, die er mit Installationen der 5%igen Kollargollösung behandelt hat. Statt wässeriger Lösungen verwandte er solche in Mucilago med. Sassafras, denen er größere Reizlosigkeit und intensivere Wirkung zuschreibt. Mit dieser Lösung machte er viermal täglich Instillationen und begann damit schon am ersten Tag der Behandlung, außer in Fällen von hochgradigen Entzündungserscheinungen mit Blutungen (sogenannter russischer Tripper). Die instillierte Flüssigkeit wurde durch seitliche Kompression der Urethra fünf Minuten zurückgehalten. Bei dauernder Trübung des Urins, falls diese nicht auf Phosphate und Urate zurückzuführen war, ging Vf. mit der Konzentration etwas herunter. Seine Erfahrungen mit dieser Behandlung sind folgende: Subjektive Reizsymptome wurden nicht beobachtet; Epididymitis trat in keinem Fall, Urethritis post. sehr selten auf. Die Majorität der Fälle nahm einen rascheren Verlauf. — (Med. Bulletin, Nr. 2, 1907.)

Abortivbehandlung der Gonorrhöe.

Zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe kann man sich nach Davidow vorteilhaft einer Mischung von 5—10 Tropfen Jodtinktur und 180 g Wasser bedienen, eine Methode, die durchschnittlich in 14 Tagen zur Heilung führt. Anfangs benützt man die schwächere Mischung, wovon man pro die 2—3 Einspritzungen macht und geht, falls in den ersten 12 Tagen kein wesentlicher Erfolg zu verzeichnen ist, allmählich zur stärkeren Mischung über. — (Rev. de therap., Nr. 19, 1906; Mercks Ber. 1907.)

3. Rezeptformeln.

Bei Typhus abdominalis und allen Darmaffektionen auf infektiöser Basis empfiehlt Beldau (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1907) folgendes Abortivverfahren:

Rp. Camphora tritae
Chinini hydrochlorici } āā 0·15
Naphthalini purissimi
Ichthalbini 0·55

M. f. pulv. D. tal. Dos. Nr. X ad capsul. amyl.

S. Dreistündlich eine Oblate; tagsüber, je nach der Schwere, ebenfalls vier bis sechs Oblaten.

Gleichzeitig verordnet man:

Rp. Decoct. Salep. 200·0
Bismut. salicylh. 6·0

(Bei profuser Diarrhöe und Blutungen Plumbi acetici 0·6.)

D. S. Dreistündlich ein Eßlöffel voll; tagsüber, je nach der Schwere des Falles, vier bis sechs Eßlöffel voll.

Beide Mittel werden wechselweise verabfolgt, so daß die verschiedenen Gaben $1^1/_2$ Stunden auseinander liegen, die gleichen drei Stunden.

Brookesche Paste gegen Sykosis.

Rp. Hydrargyri oleïnici 28·0
Zinci oxyd.
Talc. venet. } āā 7·0
Vaselini 14·0
Ichthyoli
Acidi salicylici } āā 1·0

Alkoholische Leberzirrhose.

Rp. Natr. benzoic. 5·0
Strychn. sulf. 0·03
Aq. dest. ad 300·0

M. D. S. Zweimal täglich ein Eßlöffel voll zu nehmen. — (Lyon im Journ. de Méd. de Paris Nr. 47, 1906.)

Pertussis (kleiner Kinder).

Rp. Rad. Bellad.
Rad. Ipecac. } āā 0·1
Sulfur. dep. 2·0
Sacch. lact. 0·6

M. f. p. div. in part. aeq. Nr. VI.

D. S. Viermal täglich ein Pulver in Zuckerwasser zu nehmen. — (Kopp.)

Acne vulgaris.

Rp.	Flor. sulfur. Talci Venet.	āā 10·0
	Palsam. Peruv. Resorcini	āā 1·5
	Spir. sapon. Kalin.	20·0
	Spir. vini Gallici	100·0

D. S. Der Bodensatz einzupinseln. — (Riehl.)

Bleikolik.

Rp.	Extr. Bellad.	0·3
	Extr. Strychn.	0·15
	Extr. Opii	0·3
	Pulv. Rad. et Succ. Liquirit. q. s. ut f. pil. Nr. XXX. Consp.	

D. S. Zwei- bis dreimal täglich eine Pille. — (Leyden.)

Tabesschmerzen.

Rp.	Veratrini	0·3
	Chloroform.	15·0
	Mixt. oleos.-balsam.	30·0

M. D. S. Zum Einreiben. Nach dem Einreiben ist die Stelle mit einem undurchlässigen Stoff zu bedecken. — (Fr. Müller.)

Ulcus cruris.

Rp.	Sacchari alb. pulv.	2·0
	Cerae alb.	5·0
	Mel. rosat.	8·0
	Ol. Olivar. alb. Sebi bovini	āā 15·0

M. f. ungt.

Die frisch bereitete Salbe streicht man messerrückendick auf dünne Leinwand und bedeckt damit die geschwürigen Partien. Darüber leichter Verband, bei Varicen außerdem Gummistrumpf. Verband morgens und abends zu erneuern. — (Beldau.)

4. Varia.

Präpariertes Hanfmehl.

Präpariertes Hanfmehl empfiehlt C. Manchot an Stelle von Phosphorlebertran und anderen Phosphorpräparaten in der Kinderpraxis als Nähr- und Kräftigungsmittel. Außer dem hohen Phosphorgehalt von zirka 1% (2·36% P_2O_5) enthält der Hanfsamen etwa 22% stickstoffhaltige Substanz, 13·6% Kohlehydrate, 26·3% Rohfaser und 30—33% fettes Oel (Hanföl). Letzteres wird durch Extraktion mit Benzin entfernt und das so entfettete Pulver in Form von Hanfmehlsuppe angewendet. Fabrikant: E. Rode, Hamburg 24. — (Pharm. Ztg., Nr. 25, 1907.)

Kollargolstifte.

Kollargolstifte aus Kollargol (Argent. colloidale), 0·02 g schwer, mit 0·003 g löslichem Silber sind bakterientötend, geruchlos, haltbar, ungiftig, nicht färbend und wirken schmerzlos. Sie werden in frische und alte Wunden ein- oder aufgelegt und verhindern oder beseitigen Eiterungen und Entzündungen. Die Kollargolstifte dienen zur Anfertigung von Lösungen zum Spülen oder Waschen von Mund- und Nasenhöhle, Augen, Wunden, Geschwüren, Ausschlägen, Verbrennungen, sowie zu feuchten Verbänden und Umschlägen. 3—5 Stifte sind für diese Zwecke in 100 g reinen Wassers zu lösen. Sie werden von der Chemischen Fabrik Helfenberg in Verkehr gebracht.

Bactoform.

Bactoform ist ein neues Desinfektionsmittel, welches von der Gesellschaft „Kelion", Wien, als flüssiges Bactoform und gelatinöses Bactoform in Verkehr gebracht wird. „Flüssiges Bactoform" ist ein Formaldehydpräparat aus neutraler Natronseife und Kohlenwasserstoffen, von angenehmem Geruche; es beseitigt jeden üblen Geruch, ist klar und mit schwacher Opaleszenz in Wasser löslich. Das „gelatinöse Bactoform" besitzt dieselbe bakterientötende Kraft wie das flüssige und ist besonders wegen seiner bequemen Form zu empfehlen. Einige Tropfen in Wasser gelöst oder auf der flachen Hand verrieben, genügen zur vollkommenen Desinfektion. Es wird auch als Schutzmittel gegen geschlechtliche Infektion empfohlen. Bei Schnittwunden verwendet man eine 1—2%ige Bactoformlösung, bei Menstruationen 1/2—1%; zur Beseitigung des üblen Schweißgeruches Waschungen mit 1—2%iger Lösung, als Schutz gegen ansteckende Krankheiten Waschun-

gen mit 2%iger Bactoformlösung; Auswurf, Urin, Fäkalien sind mit einer 4%igen Bactoformlösung zu übergießen, Spucknäpfe mit einer 4%igen Lösung zu füllen. — (Pharm. Post, 1907.)

Unverträgliche Arzneimittel.

Coffeino-Natrium benzoicum wird nach Rabuteau in wässerigen Lösungen durch saure Fruchtsäfte wie Syr. Citri etc. unter Abscheidung freier Benzoësäure zersetzt.

Salizylsaures Natron mit Borsäure vermischt, bildet eine feuchte, visköse Masse von borsalizylsaurem Natron.

Digitalispräparate sind unverträglich mit Metallsalzen, adstringierenden Dekokten und sonstigen adstringierenden Präparaten. — Aus physiologischen Gründen sind zu vermeiden: Antipyrin, Belladonna, Opium, Chinin, Jodpräparate und Nitroglyzerin.

Eisenchlorid ist unverträglich mit oxydablen Substanzen, wie Jodiden; Zugabe von Alkalinitrat verhindert nach Dunstan die Abscheidung von Jod.

Pyramidon ist unverträglich mit Wasserstoffsuperoxyd, Salpetersäure, Kaliumpermanganat, Schwefelsäure, vanadinsaurem Natron, Valeriansäure, Jodpräparaten, Brompräparaten, Chloral, Hypochloriden, Chloriden des Eisens und Zinks, Jodoform, Tannin, gerbstoffhaltigen Substanzen, Quecksilberchloriden und Silbersalzen, mit Aktol, Argonin und Protargol, Apomorphin und Cinchonin, Phenol, Thymol, Resorzin und Pikrinsäure, mit Gummi arabicum, Cochenille, Ratanha- und Chininpräparaten.

Strychninsalze. Löst man diese Salze in aromatischen Wässern, welche mit Magnesiumkarbonat oder gebrannter Magnesia dargestellt sind, so besteht die Gefahr, daß infolge der geringen, im Wasser gelösten Menge Magnesia ein Teil Strychnin sich in Kristallen ausscheidet. — (Pharm. Post, Nr. 19, 1907.)

Ueber das Autanverfahren.

Tomarkin und Heller berichten auf Grund einer Arbeit am hygienischen Institut zu Bern über das neue Desinfektionsverfahren mittels Autan. 1. Das Autan ermöglicht eine außerordentlich rasche Entwicklung feuchter Dämpfe, die Formaldehyd in starker Konzentration in den Räumen anhäufen. 2. Autan ist zur praktischen Benützung außerordentlich einfach, ohne besondere Apparate oder Gefäße anzuwenden. 3. Die Autandesinfektion bedarf keinerlei Vorbereitung, wie z. B. Herbeischaffung des Apparates und Materialien zur Abdichtung. Alles, was gebraucht wird, befindet sich in der Verpackung, abgesehen von einem gewöhnlichen größeren Holz- oder Metallgefäß, wie es in jedem Haushalt vorhanden ist. 4. Das Autanverfahren bedingt keinerlei Feuersgefahr. 5. Der Gehalt der Luft an feuchtem Formaldehyd erreicht in kurzer Zeit eine hohe Konzentration, führt aber dennoch nicht zu einer Belästigung in den angrenzenden Räumen. 6. Das durch Autan entwickelte Formaldehyd wird durch den beigegebenen Ammoniakentwickler leicht und vollständig beseitigt, so daß nach Abschluß der Desinfektion keinerlei Uebelstände zurückbleiben. 7. Das Autanverfahren erspart die bei anderen Formaldehydverfahren notwendigen Unkosten der Abdichtung etc. und läßt es deshalb im Gegensatz zu sämtlichen anderen Verfahren als besonders vorteilhaft erscheinen. 8. Der Desinfektionseffekt des Autanverfahrens ist, wenn die Methode nach den Angaben der Fabrik ausgeführt wird, den Formaldehydmethoden gewachsen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6, 1907.)

Tritole heißen Verreibungen von Oelen mit solchen Körpern, welche eine möglichst feine Verteilung des Oeles bewirken. Als ein gutes Mittel zur Herstellung derartiger haltbarer Emulsionen soll sich Malzextrakt bewährt haben. Die Wirkung der betreffenden Oele in dieser Tritolform soll infolge der dadurch erreichten feinen Verteilung derselben außerordentlich erhöht werden. So werden neuerdings in den Handel gebracht: Rizinustritol, Filixtritol, Lebertrantritol u. a. — (Ber. von Brückner, Lampe.)

Bücher-Anzeigen.*)

Simulation. Gesammelte Aufsätze von DDr. Schmeichler, Haimann, Haudeck, Hammerschlag, Erben und Bett. Herausgegeben von der Redaktion der „Wiener med. Wochenschrift".

Die einzelnen Aufsätze dieses interessanten Sammelwerkes befassen sich mit den Simulanten im allgemeinen wie mit der Simulation von Augen-, Ohren-, Geistes- und Nervenkrankheiten im speziellen.

Eine sehr treffende Charakteristik der Simulanten gibt Dr. Bett, der sich besonders mit der Simulation als Militärkrankheit befaßt. Ein scheues oder auch ein aufgeräumtes Wesen, das Hervorholen einer zweiten Krankheit, wenn man die zuerst angegebene nicht viel beachtet, starkes Herzklopfen, vor allem die Wiederholung, die die „Professionssimulanten" zeugt, all das sind Grundzüge der Simulation beim Heere. Dr. Erben weist in seinem Aufsatze nach, daß die Simulation von Nervensymptomen zwar vorkommt, (Ischias) aber selten ist gegenüber der Uebertreibung nervöser Symptome. In äußerst interessanter Weise zeigt Vf., wie man die Simulation von Zittern, Schmerz, Anästhesie, Lähmungen, Rhombergsches Symptom, Schwindel etc. nachweisen kann. So muß z. B. der Händedruck bei maximal volarflektierter Hand viel schwächer sein als bei maximal dorsalflektierter Handstellung; andernfalls handelt es sich um simulierte Kraftlosigkeit. Ein anderes Beispiel: Bei angeblicher Lähmung der Schultermuskeln hebe man den Arm des liegenden Patienten über die Senkrechte hinaus und lasse los; fällt der Arm zum Rumpf, statt zum Kopf nieder, so mußte er aktiv mindestens bis zur Senkrechten geführt werden, was bei völliger Schulterlähmung natürlich nicht möglich wäre.

Vom chirurgischen Standpunkt beurteilt der Aufsatz von Dr. Haudeck die Simulation. In eingehender Weise schildert er die Simulation verschiedenster chirurgischer Erkrankungen, der Gelenkaffektionen, Knochenverletzungen, der Traumen, die Hals, Wirbelsäule, Kopf, Brust oder Bauch getroffen haben. Ein ausgedehntes Literaturverzeichnis erhöht noch den ohnehin sehr großen Wert dieser Arbeit, die eine Fülle praktisch wichtiger Anhaltspunkte enthält.

Bei der Simulation von Geisteskrankheiten weist Haimann vor allem darauf hin, daß der Simulation und der Uebertreibung ein Zweckbewußtsein zugrundeliegen muß und wir daher, abgesehen von der Hysterie, stets nach diesem „warum" forschen müssen, bevor wir die Diagnose auf Simulation oder Uebertreibung stellen können. Ebenso wichtig ist es, nicht nach dem ersten Eindruck, sondern erst nach mehrfach wiederholter Untersuchung zu urteilen. Ein recht häufig erfolgreiches Mittel zur Entlarvung simulierender Geisteskranker stellen Suggestivbemerkungen dar, die man gelegentlich fallen läßt: dieses oder jenes Symptom fehle noch zur Diagnose. Ein noch nicht sehr gewiegter Simulant wird dieses Symptom bald aufgreifen, sich allerdings damit auch entlarven.

Einzelheiten aus dem Aufsatz von Doktor Schmeichler über die Simulation von Augenleiden herauszugreifen, hieße die Güte der übrigen Untersuchungen in den Schatten stellen. Das Resümee der Arbeit lehrt, daß Simulation nach Augenverletzungen sehr häufig vorkommen, daß aber auch nur eine spezialistische Ausbildung, gepaart mit ausreichender Routine, diese aufdecken kann.

Hammerschlag gibt uns eine reiche Auswahl von Untersuchungsmethoden zum Nachweis simulierter Ohrenkrankheiten, von denen ich, weil von jedem Arzt leicht ausführbar, nur eine herausgreifen möchte: Man läßt den Patienten, der z. B. angibt, auf dem linken Ohr taub zu sein, einen ins rechte Ohr gesprochenen Satz nachsprechen. Gleichzeitig spricht man etwas anderes in das linke Ohr. Bringt der Patient die Sätze durcheinander, so spricht dies für Simulation.

Im ganzen stellt das Sammelwerk eine vorzügliche Bereicherung der Literatur über Simulation dar und kann die Lektüre desselben insbesondere dem gutachtlich tätigen Arzt bestens empfohlen werden.

P. Lißmann, München.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung **Moritz Perles**, Wien, I. Seilergasse 4.



Ueber die geographische Verbreitung und die Diagnose des Ulcus ventriculi rotundum, mit besonderer Berücksichtigung des chemischen Verhaltens des Magensaftes und der okkulten Blutungen. Von Dr. L. Rütimeyer, Dozent in Basel. Wiesbaden 1906. Verlag von J. F. Bergmann.

In äußerst anschaulicher und interessanter Weise sucht Vf. eine Lücke in der sonst überaus großen Literatur über das Magengeschwür auszufüllen. Dieselbe betrifft die Angaben über die regionäre Verbreitung des Magengeschwürs. Vf. kommt zu dem Resultat, daß das Magengeschwür eine Krankheit sei, welche in deutlichster Weise ein geographisch regionär verschiedenes Auftreten erkennen läßt. Dasselbe beruht wohl in letzter Instanz auf ethnologischen Verschiedenheiten der Rasse, der Ernährung und der allgemeinen Lebensgewohnheiten. Aus den Ergebnissen sei hervorgehoben, daß die Frequenz in Deutschland im allgemeinen von Nord nach Süd abnimmt, in Frankreich ist sie gering, in England bedeutend höher. Ausführlich besprochen werden auch die klinischen Symptome des Magengeschwürs, im Vordergrund stehen Blutbrechen, Blutstühle und die Hyperazidität des Magensaftes. Auch in Bezug auf das Auftreten dieser Haupterscheinungen des Magengeschwürs hat sich ein regionärer Einfluß geltend gemacht. Selbstverständlich finden auch alle anderen Symptome des Magengeschwürs, wie seine Pathogenese, ausführliche Besprechung, so daß wir in vorliegendem Werke neben den vorher erwähnten Vorzügen auch ein abgerundetes, vollkommenes Bild dieser Erkrankung erhalten.

Dr. M. Jacoby, Mannheim.

Ueber die Tuberkulose und den tuberkulösen Rheumatismus in der Aetiologie der Chorea. Von Louis Mossier.

Vf. stellt auf Grund von 11 Fällen von Chorea, bei welchen sich gleichzeitig tuberkulöse Affektionen vorfanden, die Behauptung auf, daß wir in der Chorea ebenfalls eine Folge der tuberkulösen Infektion zu erblicken haben. Gestützt wird diese Auffassung, nach Vfs. Meinung, durch die weitere Beobachtung, daß der Gelenksrheumatismus jugendlicher Individuen häufig tuberkulösen Ursprungs ist, und Chorea bekanntlich nicht selten im Gefolge des Gelenksrheumatismus auftritt. Die Haltlosigkeit dieser Behauptung ist wohl ohne weiteres einleuchtend. Wollte man, wie es Vf. tut, allein aus dem gleichzeitigen Vorkommen einer Erkrankung neben tuberkulösen Affektionen beim gleichen Individuum einen Schluß auf die tuberkulöse Aetiologie dieser ersteren gerechtfertigt erscheinen lassen, so ließe sich derselbe, bei der bekannten Frequenz der Tuberkulose, wohl ausnahmslos auf jede noch ätiologisch unklare Krankheit anwenden. Auf einem ganz analogen Gedankengang basiert eine Publikation von Gaston Toutain (Thèse, Paris 1906) über den Zusammenhang zwischen Chorea und Tuberkulose. Derartige Unlogik und Kritiklosigkeit in der medizinischen Publizistik verdient energische Zurückweisung.

Eugen Binswanger, München.

Ueber das Wesen und die Heilbarkeit des Krebses. Von Dr. Karl Laker. Leipzig und Wien 1906. Verlag von Franz Deuticke.

In geistreicher Weise sucht Vf. in einer kurzen Abhandlung die bisher aufgestellten Theorien für die Entstehung des Krebses zu widerlegen. Vf. sucht das Wesen des Krebses auf biologischen Grundsätzen zu erklären. Zum Zustandekommen desselben gehören zwei Faktoren: Eine gesteigerte Wachstums- und Vermehrungskraft der Epithelzellen, verbunden mit einem chronischen, sich allmählich im menschlichen Organismus vorbereitenden krankhaften Allgemeinzustand, dem sogenannten „einkeimblättrigen oder eingewebigen Senilismus". Derselbe ist vornehmlich eine Folge der um sich greifenden Kulturdegeneration. Geschickt sucht Vf. dieser Theorie Diagnose, Aetiologie, Prognose, Prophylaxe und Therapie anzupassen. Das Hauptziel der Krebsforscher wird es in Zukunft sein, die Ursachen des eingewebigen Senilismus zu erforschen. Gelingt dies, so wird man der Heilung des Krebses zum Segen der ganzen Menschheit nicht mehr allzu ferne sein.

Dr. M. Jacoby, Mannheim.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Ueber Levurinose.

Sammelbericht über neuere Arbeiten von Dr. Ott, Benediktbeuern.

Die zu den Ascomyceten gehörige Pilzart, die Hefe, die norddeutsche Bärme, ein Produkt der Bierwürze und Branntweinmaische, ist ein schon von altersher bekanntes und beliebtes Volksheilmittel; schon Hyppokrates erwähnt bereits eine sterile Hefe; auch später im XVI. Jahrhundert war die Hefe als derartiges Mittel bekannt, namentlich ist sie im Norden Frankreichs als Hausmittel gegen Furunkulosis gebraucht. Man hatte beobachtet, wie Arbeiter in Bierbrauereien rasch von ihren Hautleiden genasen. Schon 1852 wurde von Mosse über Heilungen mit systematischer innerer Darreichung von Bierhefe berichtet, doch wurden mit den fortschreitenden Untersuchungen und Erforschungen auf dem Gebiete der Bakteriologie auch die wichtigsten physiologischen und bakteriologischen Eigenschaften der Hefe nachgewiesen. Von ihr wird vor allem verlangt, daß sie wirksam sei, daß die Zellen intakt sind, es wird dann die in den Zellen enthaltene Zymase eine fermentative Wirkung entfalten können. Als therapeutisches Agens kommt nach Couturier (Paris) nur eine gleichmäßig wirksame Bierhefe in Betracht; man muß diese in der Weise fortzüchten, daß sie ihre ursprüngliche Qualität beibehält; doch kommen die therapeutischen Wirkungen eben nicht allen Hefearten zu, namentlich ist die Bäckerhefe arm an wirksamen Substanzen, woraus sich ihr negativer Erfolg bei Furunkulosis genügend erklärt. Darum wurde eine in morphologischer Hinsicht stabile Hefe verlangt, welche durch mechanische Mittel in eine trockene, unveränderliche Substanz umgewandelt ist. Trockene Bierhefe bleibt im menschlichen Magensaft in Proberöhren und bei 37° C. während mehrerer Tage gärungsfähig und somit lebend. (Versuche haben festgestellt, daß der Saccharomyces cerevisiae in feuchtem Zustand erst bei einer Temperatur zwischen 50 und 65° C. erstirbt und die beste Gärungstemperatur für die Hefepilze zwischen 30 und 35° C. ist; jedenfalls geht der Saccharomyces cerevisiae nicht zugrunde bei der Temperatur von 37·5 oder 38° im Magendarmkanal.) Wenn die Hefe bei fieberhaften Krankheiten antipyretisch und kurativ wirkt, so muß man annehmen, daß sie bei Temperaturen von 40—41° C. durchaus innerhalb des Organismus lebensfähig bleibt. Geschädigt wird sie natürlich etwas durch den sauren Magensaft, aber zahlreiche Hefezellen widerstehen und überleben bis zu ihrem Uebertreten in das die Säure neutralisierende Duodenum.

Die Wirkung der Hefe wird in der Weise erklärt, daß man annimmt, die enorme Menge unschädlicher Mikroben, die durch die Bierhefe eingeführt werden, fungieren als Schutzimpfung, indem irgend welche Produkte ihres Stoffwechsels auf die pathologischen Prozesse umstimmend einwirken. Die Hefe setzt nach anderer Auffassung im Verdauungskanal ihre Entwicklung fort, vermehrt sich gewaltig, indem sie eine enorme Anzahl von Zellen erzeugt, die verdaut und resorbiert eine beträchtliche Quantität von Nuklein repräsentieren. Diese Nukleine werden, in das Blut gebracht, vom Organismus in dreifacher Weise ausgenützt: für Assimilation, Arbeitsleistung und Fortpflanzung der Zellen. Es bilden sich unter ihrem Einflusse von neuem wieder die Gewebselemente, die schon im Niedergange begriffen waren. Es entwickelt sich dabei eine beträchtliche Vermehrung der weißen Blutkörperchen, speziell der mehrkernigen, bis zur Verdoppe-

lung von deren Zahl. Diese Leukozytose verrät sich durch eine Vermehrung der Phagozytose. Bei Hautaffektionen, gebunden an gastrointestinale Störungen oder hervorgerufen von infektiösen Agentien, zerstört die Bierhefe durch Fermentation im Verdauungstraktus, neben der Hemmung der Entwicklung pathogener Keime, auch die Toxine, genau wie sie das Diphtherietoxin neutralisiert. Die bakterizide Wirkung der Hefe wird von verschiedenen Seiten hervorgehoben. Nach einer Arbeit von Fedulow (1905) findet ein Antagonismus statt zwischen Hefe und Streptokokken; letztere gehen mit Hefe-Enzym auf Bouillon ganz eigene Involutionen ein, die mißgestaltete Degenerationsformen ergeben, welche sich als nicht mehr lebensfähig erweisen.

Die Hefe wurde bisher bei den verschiedensten Krankheitszuständen angewandt:

Als schmerzstillendes, reduzierendes Mittel bei Akne und Furunkulose, bei Ekzem, namentlich auch aus inneren Bedingungen, bei gewerblichem Ekzem, Urtikaria, Purpura, Prurigo, Sikosis, vernachlässigter Skabies, Gerstenkorn, Erysipel (besonders im Anfang), ferner bei Pocken mit sehr gutem Erfolge bezüglich der Einwirkung auf die Eiterungsprozesse, Masern und Scharlach; insbesondere bei letzterem wird die starke Abkürzung der Verlaufszeit durch Hefewirkung hervorgehoben. Besonders erwähnt wird die günstige Wirkung bei Milzbrand und bei Diabetes mellitus. Bei ersterem schwinden Oedem und Lymphangitis sehr rasch und bei letzterem wird die Ernährung der Zuckerkranken günstig beeinflußt, indem die Hefe den von der eingeführten Nahrung herrührenden Zucker zerstört und die Glykosurie bedeutend verringert. Sie gestattet daher eine minder strenge Diät und beugt so den unangenehmen Folgen der reinen Fleischkost vor. Speziell wird die günstige Wirkung bei diabetischer Furunkulose bezeugt. Weiters fand die Hefe Anwendung bei Angina mit Abszeß, Dysenterie, Typhus, Magendarmstörungen nach Influenza, habitueller Verstopfung, Flatulenz, Gastroenteritis im Kindesalter, Enteritis, Enteritis chronica mucomembranosa. Auch Krebs, krebsartige Affektionen und Tuberkulose wurden hier nicht vergessen, desgleichen die Bronchitis, akute und chronische Alterspneumonie. Gonorrhöe und Frauenkrankheiten wurden günstig beeinflußt. Hinsichtlich der ersteren darf auf den in dem Zentralblatt ausführlich referierten Aufsatz „Zur Therapie der Gonorrhöe beim Weibe“ von Fellner (Wien) verwiesen werden.

Als die eigentliche Domäne der Bierhefebehandlung dürfen die Hautaffektionen und Darmkanalerkrankungen bezeichnet werden, namentlich wenn zwischen beiden ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Nach Beobachtungen hat sich gezeigt, daß sich auf Grund von Störungen im Darmkanal sehr leicht Hautaffektionen bilden, wenn irgend ein äußerer Reiz sich hinzugesellt. Die Ursache hiefür wird darin gesucht, daß bei ersteren zur Entwicklung von Bakterien reichlich Gelegenheit geboten ist, die zu einer Autointoxikation führen, auf deren Basis die Hautoberfläche erkranken kann.

In den für diese Zusammenstellung benützten Blättern wird ganz besonders ein Präparat hervorgehoben, das den obenstehenden Bedingungen am besten entspricht, die in der chemischen Fabrik J. Blaes & Co., Lindau (Bayern) hergestellte Levurinose, in Oesterreich-Ungarn und Italien aus patentamtlich-technischen Gründen unter der Bezeichnung „Mycodermin“ im Handel. Levurinose ist ein gelbliches Pulver, das einen nicht unangenehmen schwachen Hefengeschmack besitzt; sie stellt durch kalten Luftstrom getrocknete Bierhefe dar von vollständiger chemischer Aktivität, deren Zellen intakt erhalten sind.

Die Anwendung ist: Dreimal täglich vor den Mahlzeiten 1 Kaffee- bis Eßlöffel voll in etwas Wasser, Milch, Wein oder Bier angerührt. Nach Gebrauch von einer bis zwei Büchsen kamen die Furunkel zur Abheilung.

Als die beste externe Anwendung der Hefe erschienen Waschungen, respektive Einreibungen mittels der nach Dr. Dreuw hergestellten Hefeseife. Ein Beobachter erwähnt zum Schlusse, daß gerade der Landarzt vielfach von Patienten, die an

Furunkulose und ähnlichen Hautaffektionen leiden, direkt um ein Blutreinigungsmittel gebeten wird, und er glaubt, daß die Levurinose wissenschaftlich doch empfehlenswerter sein dürfte als die bis jetzt gebräuchlichen Abführmittel und Blutreinigungstees.

Literatur.

1. Prof. Luigi Maramaldi, Ueber die Wirkung der Levurinose bei Hautkrankheiten. Auszug aus dem pharmakolog. therap. Bulletin des „Giornale internazionale delle Scienze Mediche", Nr. 2, 1906. — 2. Dr. Kirchbauer (Nürnberg), Behandlung der Furunkulose, Follikulitis und Akne mit Hefepräparaten, speziell mit Levurinose. — 3. Dr. Goliner, Ueber den therapeutischen Wert der Levurinose „Medico", Nr. 5, 1905. — 4. Dr. Schweitzer (Fiume), Beiträge zur Therapie der Furunkulose und ähnlicher Hautkrankheiten. Allg. med. Zentral-Ztg., Nr. 8, 1907. — 5. Dr. Heufeld (Wien), Ueber Levurinose und Hefeseife. Oesterr. Aerzte-Ztg., Nr. 17, 1906. — 6. Dr. Unger (Wien-Wieden), Ueber die Behandlung gewisser Dermatosen mit Levurinose. Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr. 4, 1906. — 7. Levurinose. Aerztl. Rundschau, Nr. 10, 1906. — 8. Dr. Spann (Kaltennordheim), Therapeutische Mitteilungen über Levurinose. „Medico 1905." — 9. Levurinose. Chemische Fabrik J. Blaes & Co., Lindau.

Schulhygiene.

Von Dr. L. Sofer.

Vom 5. bis 10. August 1907 findet in London der nächste, alle drei Jahre wiederkehrende internationale Kongreß für Schulgesundheitspflege statt. Trotzdem die Schulhygiene eine relativ junge Wissenschaft ist, bewies doch die große Zahl der Aerzte und Pädagogen, die aus aller Herren Länder in der Osterwoche 1904 zum ersten schulhygienischen Kongreß in Nürnberg sich versammelten, daß die Wichtigkeit dieses neuen Wissenszweiges gebührend Beachtung findet. Der Einfluß dieses ersten Kongresses machte sich, wie das vorliegende Programm des zweiten bestätigt, auch in neuen gesetzlichen Vorschriften und in einer immer mehr anwachsenden Literatur bemerkbar.

Abgesehen von wenigen Aenderungen liegt dem Londoner Kongreß dasselbe Programm vor wie dem Nürnberger. Die Verhandlungen werden sich auf nachfolgende Kapitel der Schulhygiene erstrecken: 1. Bau und Einrichtung der Schulen, 2. Hygiene der Internate, 3. schulhygienische Untersuchungsmethoden, 4. Physiologie und Psychologie der Unterrichtsmethodik, 5. hygienische Unterweisung der Lehrer und Schüler, 6. körperliche Erziehung der Schuljugend und Unterweisung derselben in der persönlichen Hygiene, 7. ansteckende Krankheiten, Schwächungen der Gesundheit der Schulkinder, welche Beachtung erfordern, 8. Spezialschulen, einschließlich solcher für Schwachsinnige, Blinde, Taube, Stumme, Krüppel, Schwächlinge und anderweitige, einen gesonderten Unterricht erfordernde Schulkinder, 9. Hygiene der Schuljugend außerhalb der Schule, Ferienheime, Beziehungen zwischen Haus und Schule, 10. Hygiene der Lehrer.

Mit dem wissenschaftlichen Kongreß wird eine Ausstellung verbunden sein, welche Pläne für Schulbauten, Darstellungen der Konstruktion solcher Bauten und ihren Einrichtungen, sowie Schulrequisiten und Unterrichtsmittel aller Art zur Anschauung bringen soll. Die Ausstellung wird vom Royal Sanitary Institute veranstaltet.

Die Sorge für die kommende Generation beginnt schon mit dem Bau der Schule; schon hier sollen sachverständige Aerzte (Schulärzte) beigezogen werden, da gleich die Auswahl des Bauplatzes darüber entscheidet, ob eine Schule den gesundheitlichen Anforderungen entspricht oder nicht. Feuchtigkeit des Bodens, mangelhafte Beleuchtung der Klassenräume können einen Platz von vornherein ungeeignet machen. In Wien geht man allerdings anders vor. Da erbaute man im zweiten Bezirke vor ein paar Jährchen mit großem Kostenaufwande ein neues Schulhaus in einer engen,

dumpfen und feuchten Gasse. Hinterher war man gezwungen, gegenüberliegende Häuser mit großen Kosten einzulösen, um wenigstens Licht in die sonst unbrauchbaren Schulräume zu bringen. Dafür erspart unsere Gemeinde die Kosten, die die Anstellung von Schulärzten mit sich bringen.

Zwei Einrichtungen erfordert weiters eine moderne Schule: Schulgärten und Schulbäder. Ein Schulgarten ist ein schützender Wall gegen den Lärm und das Getriebe der Großstadt, er ist zugleich die Erholungsstätte, wo die Kinder von der rein geistigen Anstrengung bei fröhlichem Spiel und Treiben ausruhen können. Nicht minder wichtig ist er dadurch, daß er das der Natur ganz entfremdete Kind der Großstadt mit den wichtigsten Namen und Erscheinungen im Leben der Blumen und Bäume bekannt macht. In manchen deutschen Schulen erhalten die Kinder Blumenstöcke, die sie zum Blühen zu bringen haben. Die Sorge für die anvertraute Pflanze hebt Pflicht- und Verantwortlichkeitsgefühl, die Freude und Genugtuung, welche das Gedeihen gibt, spornt zu weiteren Versuchen an. Für viele arme und ohne Pflege heranwachsende Großstadtkinder ist die Pflanze ein geliebter Kamerad.

Die Schulbäder sind zu einer Aufgabe geworden, an deren Lösung beständig gearbeitet wird, ohne daß eine der vorgeschlagenen Bade-Einrichtungen in jeder Hinsicht befriedigte. In Deutschland sind die einfachen Duschbäder in Gebrauch, in Rußland und Skandinavien die Dampfbäder. Wie aber Karl Hansson im „Gesundheitsingenieur" ausführt, leiden die Duschbäder an dem Uebelstande, daß die Säuberung des Körpers nicht in genügender Weise erfolgt, und die Dampfbäder sind wenigstens nicht für alle Schulkinder zweckdienlich. Ein Schulbad muß praktischen Anforderungen genügen, wenn seine Einführung möglich sein soll. Seine Bedienung muß einfach und die Betriebskosten müssen sehr gering sein. All diesen Ansprüchen genügt das Hanssonsche System, das auch den Vorzug hat, daß die Kinder während des Badens vollständig voneinander getrennt sind, also eine Infektionsgefahr ausgeschlossen ist. Das von Hansson konstruierte Schulbad besteht aus 16 Wannen, die in passenden Abständen in dem Fußboden eingelassen sind. Die Wannen sind runde Schalen aus Gußeisen von 800 mm Durchmesser und 350 mm Tiefe, die innen weiß emailliert und mit einem Ablauf versehen sind. Auf dem Rande der einzelnen Wannen ist ein Strahlrohr von Kupfer angebracht, das durch sechs Messinghalter befestigt und in Abständen von etwa 8 mm mit feinen Löchern versehen ist. Die heraustretenden Wasserstrahlen treffen den Wulst der Wanne und fließen auf der ganzen Fläche herunter, so daß die Wanne durch sie gefüllt oder sauber gespült werden kann. Da die Schalen mit einem gemeinsamen Rohrnetz in Verbindung stehen, kann das Füllen der Schalen gleichzeitig geschehen, ebenso kann die gemeinsame Entleerung durch das Oeffnen eines einzigen Ventils erfolgen. Ueber jeder Wanne ist eine Dusche von der Konstruktion Körtings angebracht, die das Wasser in einem kräftigen Sprühregen verteilt. Wenn gebadet werden soll, werden die Wannen mit 95 bis 100 Litern Wasser mit einer Temperatur von ungefähr 33 bis 35° C. angefüllt. Dann steigen die Kinder in die Wannen, um sich sitzend mit einer weichen Bürste und mit einer grünen Seife, die jedem Kinde zur Verfügung gestellt wird, zu waschen. Nach 10 Minuten müssen sich die Kinder aufrecht hinstellen und bekommen eine Dusche mit einer Anfangstemperatur von 35° C., die allmählich auf 20 oder 15° C. fällt. Wenn die Kinder die Wannen verlassen haben, wird das Abflußventil geöffnet und die Wannen entleeren sich im Laufe von 5 Minuten, worauf sie gründlich gespült und aufs neue gefüllt werden, um von einer anderen Gruppe von Kindern benützt zu werden. Innerhalb einer Stunde können auf diese Weise 48 Kinder gebadet werden; der Wasserverbrauch beläuft sich dabei auf 5500 Liter und der Koksverbrauch auf 40 kg.

Zu den bekannten schulhygienischen Untersuchungsmethoden, die sich bis jetzt ausschließlich auf Ansichten von Lehrern und Aerzten



stützten, die ihr Urteil über Vorzüge und Mängel im Schulunterricht abgeben, hat Dozent Dr. William Stern (Breslau) eine neue gesellt, die sich auf die Ansichten der Schüler selbst stützt. Stern hat eine statistische Umfrage veranlaßt, um zu ermitteln, welche Schulfächer bei den Schulkindern beliebt und welche unbeliebt sind. Unter Beihilfe zahlreicher Lehrer, Lehrerinnen und Studenten ist ein Material zusammengebracht worden, das die Aussage von 2556 Schülern und Schülerinnen innerhalb Schlesiens umfaßt, und zwar wurden sowohl Volksschulen und Dorfschulen wie auch höhere Schulen und Seminare berücksichtigt. Es sollte immer die Frage beantwortet werden, welches Fach der betreffende Schüler am liebsten hätte und außerdem wurde in der Mehrzahl die Frage noch vorgelegt: Welches Fach ist dir am wenigsten lieb? Damit die Schüler bei der Abgabe ihrer Antworten möglichst unbefangen blieben, wurde diese ohne Namengebung auf Zettel geschrieben. Die Ergebnisse veröffentlichte Stern in der „Zeitschrift für pädagogische Psychologie". Insbesondere verglich er sie mit einer ähnlichen Untersuchung, die der Psychologe Lobsiens vor drei Jahren an 500 Kieler Schulkinder vorgenommen hatte. Obgleich der Einwand gegen das Verfahren überhaupt naheliegt, daß die Vorliebe der Kinder für ein bestimmtes Fach sich meist aus der Neigung zu dem betreffenden Lehrer und aus dessen Begabung in der Kunst des Unterrichtes erklären lassen dürfte, so gibt doch die Uebereinstimmung zwischen den Erfahrungen der beiden Forscher eine Gewähr für den Wert des Verfahrens. In beiden Fällen ergab sich bei den Knaben Zeichnen und Turnen als die beliebtesten Fächer und bei den theoretischen Unterrichtsgegenständen war gleichfalls eine Uebereinstimmung bei den schlesischen und bei den Kieler Knaben hinsichtlich der Bevorzugung der Geschichte und des Rechnens vorhanden. Auffallend ist ferner, daß hier wie dort nur sehr wenige Schüler Naturwissenschaften, Religion, Geographie und Grammatik als ihre Lieblingsfächer genannt haben. Auch bei den Mädchen waren die Ergebnisse ähnliche. Bevorzugt wurden Handarbeit und Rechnen, wenig beliebt waren Geographie, Deutsch, Mathematik und naturwissenschaftliche Fächer. Dennoch sollte man annehmen, daß die Persönlichkeit des Lehrers die Neigung oder Abneigung der Schüler hinsichtlich der verschiedenen Unterrichtsgegenstände keinesfalls ausschließlich bestimmt. Die Bevorzugung der technischen Fächer ist ohne Zweifel darauf zurückzuführen, daß sie dem starken Verlangen des Kindes nach Bewegung Rechnung tragen, während der Unterricht in theoretischen Fächern sie zum Stillsitzen zwingt, außerdem die Aufmerksamkeit ständiger anspannt und durch die Fragen dem Gemüte der Kinder größere Unruhe verursachen. Beachtenwert sind ferner die ungünstigen Ergebnisse in Religion und Deutsch. Stern meint, daß die geringe Beliebtheit des Religionsunterrichtes hauptsächlich in der vorgeschriebenen Methode und der Stoffmenge begründet sei, die oft unverstanden auswendig gelernt werden müsse. Auch die Abneigung gegen den deutschen Unterricht sei auf methodische Fehler zurückzuführen, hauptsächlich wohl in der Behandlung der deutschen Grammatik. Recht unerfreulich ist auch die geringe Vorliebe für die naturwissenschaftlichen Fächer, die fast durchwegs zutage getreten ist. Botanik, Zoologie und Mineralogie werden von den Knaben mehr mit Gleichgiltigkeit, von den Mädchen aber mit Widerwillen behandelt. Gegen die Physik verhalten sich die beiden Geschlechter ablehnend, gegen die Chemie besonders die Knaben. Stern gibt auch hier der Art des Unterrichtes die Schuld an dem kläglichen Ergebnis. Zwischen Stadtkindern und Dorfkindern ist der Unterschied, daß bei den Stadtkindern die technischen Fächer, die eine gewisse Bewegungsfreiheit gestatten, sich einer größeren Beliebtheit erfreuen, während bei den Landkindern gerade die theoretischen Fächer mehr beliebt sind.

In der „Zeitschrift für Schulgesundheitspflege" gibt Schulinspektor A. Oppermann folgende Anregungen: Zu den wichtigsten Obliegenheiten eines Schul-



arztes gehört die Feststellung der Sehschärfe bei den Schulkindern, denn von der Sehkraft der Augen hängt der Erfolg der gesamten Volksschulunterrichtes, der doch ganz und gar auf dem Prinzip der Anschauung beruht, ab. In allen Dienstordnungen der Schulärzte ist deshalb auch die Forderung enthalten, schon in den ersten Wochen des Schuljahres die Sehschärfe der Abc-Schützen möglichst sorgfältig festzustellen. Von allen Untersuchungen und Feststellungen der körperlichen und geistigen Gebrechen verursacht gerade die Untersuchung der Augen dem Schularzte die meiste Mühe und führt trotz alledem zu keinem oder zu einem falschen Resultate. Hat doch ein Oppermann bekannter Schularzt behauptet, daß er bei seinen Neulingen 65% mit herabgesetzter Sehschärfe gefunden hat. Worin liegt nun die Schwierigkeit bei der Messung der Sehkraft? Die Cohnschen und Snellenschen Tafeln sind für größere Kinder und erwachsene Leute sehr brauchbar, aber für die Kleinsten der Kleinen, die weder Zahlen, noch eine Anzahl von Fingern oder Strichen noch Handstellungen kennen oder noch weniger unterscheiden können, sind sie untauglich, weil die Kleinen viel zu unbeholfen sind, um mit einer Gabel in der Hand bildliche Darstellungen nachzuzeigen, zumal wenn sie zum erstenmal vom Doktor untersucht werden. In der ersten Schulwoche erzählt der Lehrer seinen Kleinen vom Kreuz, Brief, Kasten, Tafel, Ring, Rad, von der Fahne u. s. w. und malt bei der Erzählung diese Dinge mit einfachen Strichen auf die Wandtafel und die Kinder malen sie nach; diese Dinge lernen sie durch Wort und Zeichnung kennen, an ihnen muß man deshalb die Sehschärfe feststellen. Oppermann hat deshalb in der Größe der Snellenschen Buchstaben unter anderem folgende Figuren

□ + ⊠ ○ ⊗ ⌐ ⊔ ⊓

auf gutes Zeichenpapier gezeichnet und zu seiner und des Schularztes Freude gesehen, daß die Sache tadellos funktionierte. Rasch und sicher konnten die Kinder mit normaler Sehschärfe und normaler geistiger Beschaffenheit die vom Arzte gezeigten Sachen nennen, während bei den Schwach- und Kurzsichtigen man ziemlich schnell den Grad des Fehlers festsetzen konnte. Nur bei den geistig Minderwertigen ist trotz dieses Mittels noch schwer zum Ziele zu gelangen; doch auch das ist kein Nachteil, denn dadurch erhält man auch gleich ein Bild von der geistigen Aufnahmsfähigkeit des Kindes.

Gerade die möglichst frühe Feststellung der Sehkraft bei den Kindern ist von besonders großem Wert; denn kann das kleine Kind, dem alles in natura oder im Bilde vor die Augen geführt wird, die zu behandelnden Gegenstände nicht deutlich erkennen, so wird es schüchtern, verliert das ohnehin schwache Selbstvertrauen, die anfangs so große Freude an der Schule und an dem Lernen schwindet und es wird vom Lehrer falsch beurteilt.

Eine wichtige Forderung der Schulhygiene ist die Fortlassung des Nachmittagsunterrichtes. Dr. Schmidt-Monnard (Halle) machte folgende statistische Zusammenstellung bei 16.000 Schülern:

	Nachmittags-unterricht	Durch-schnitt	Höchste Ziffer
Kränklichkeit überhaupt	ohne	25%	39%
	mit	50%	74%
Kopfschmerz und Nervosität	ohne	13%	28%
	mit	25%	62%
Schlaflosigkeit	ohne	1·5%	5%
	mit	4%	19%
Brillenträger	ohne	70%	17%
	mit	43%	44%
Teilnahme an Bewegungsspielen	ohne	75%	—
	mit	15%	—

Anläßlich der im Jahre 1903 im österreichischen Unterrichtsministerium abgehaltenen Konferenzen über das Mittelschulwesen wurde der Wunsch nach einer Verlegung aller obligaten Stunden auf den Vormittag Ausdruck gegeben, wodurch dem Schüler mehr Zeit für Erholung und eigene Ausbildung erübrigte. Daher wurde 1904 ein Ministerialerlaß herausgegeben, der es den einzelnen Schulleitungen freistellte, nach Maßgabe der lokalen Verhältnisse, nötigenfalls unter Hinzufügung einer fünften Vormittagsstunde, einen ungeteilten Unterricht einzuführen.

Viele Schulen haben diesen Vorgang akzeptiert.

Die preußischen Mitglieder des deutschen Hauptkomitees zur Vorbereitung des Londoner Kongresses richteten an das Kultusministerium folgende Petition:

1. Verlegung des gesamten verbindlichen Unterrichts auf den Vormittag bei Einführung der „Kurzstunde" von 45 oder 40 Minuten.

2. Ermäßigung der häuslichen Arbeiten durch Verzicht auf schriftliche Hausaufgaben in den Unter- und Mittelklassen und ihre Einschränkung in den Oberklassen.

3. Einführung eines Spielnachmittags mit Erlaß der häuslichen Arbeiten für den folgenden Tag.

Zur Begründung führt die Denkschrift an:

Zu 1. Die Zahl der Unterrichtsfächer und Unterrichtsstunden ist so groß, daß allein durch die verbindlichen Fächer einschließlich des Turnens und des Chorsingens die bei ungeteiltem Unterricht verfügbare Vormittagszeit von wöchentlich 30 Stunden um wöchentlich 5 bis 6 Stunden überschritten wird. Die Heranziehung des Nachmittags für diesen Ueberschuß beeinträchtigt wiederum die für die wahlfreien Fächer nötige Zeit und bringt insbesonders in größeren Städten andere Mißstände mit sich. Eine Verminderung der Fächer- und Stundenzahl ist auf die Dauer kaum zu umgehen, ließe sich jedoch ohne tiefgreifende Veränderung der Lehrpläne kaum durchführen. Ein näher liegendes Mittel zur Abhilfe bietet sich in der sogenannten K u r z s t u n d e, über deren günstige Erfolge das Karlsruher Realgymnasium berichtet. In Stockholm wird in Kurzstunden zu je 45 Minuten, mit drei Pausen zu je 15 und einer zu 30 Minuten, von 8 bis 1 Uhr unterrichtet. Der noch kürzere 40 Minutenbetrieb hat sich am Gymnasium zu Winterthur so gut bewährt, daß der Schulrat nach $1^1/_2$jähriger Erfahrung auf einstimmigen Wunsch der Lehrerschaft am 19. Jänner d. J. gleichfalls einstimmig beschlossen hat, definitiv diese Kurzstunde einzuführen. Als Vorzüge werden genannt: geringere Ermüdung, größere und gleichmäßigere Aufmerksamkeit, erhöhte Leistungsfähigkeit und größere geistige Frische. Bei dieser Einrichtung ist es möglich, in der Zeit von 8 bis 12 Uhr fünf Kurzstunden mit Pausen von durchschnittlich 10 Minuten zu erteilen. Es würde somit einerseits der namentlich in Großstädten lästige frühe Beginn um 7 Uhr im Sommer vermieden, anderseits das Ende des verbindlichen Unterrichts einschließlich des Turnens und Singens in den Unterklassen bis 12 Uhr mittags, in den Mittel- und Oberklassen mit Benützung der fünften Zeitstunde (12·10—12·50) noch vor 1 Uhr herbeigeführt. Daß bei geringerem als dem jetzigen Zeitaufwand die vorgeschriebenen Lehrziele zu erreichen sind, beweist, daß die Zahl der wöchentlichen Vollstunden aller Klassen in den bayrischen Gymnasien (246) um etwa 50 hinter der der preußischen zurückbleibt.

Zu 2. Bei der heutigen Verteilung des Unterrichts sind auch die Nachmittage durch verbindliche und wahlfreie Stunden dermaßen in Anspruch genommen, daß der Schüler erst um 5 oder 6 Uhr die Schule verläßt. Nach Abzug der für Schulwege und Mahlzeiten, Erholung und Selbstbetätigung erforderlichen Zeit bleiben im allgemeinen nur die Abendstunden für die häuslichen Arbeiten übrig. Dies muß bei dem frühen Beginn des Unterrichtes am Vormittag umso eher zur Ueberanstrengung durch Verkürzung des Schlafes führen, je mehr der Schüler der freilich nur allzu gewöhnlichen Anwendung täuschender Mittel bei der Anfertigung seiner häuslichen Arbeiten widerstrebt. Gerade der gewissenhafte Schüler läuft Gefahr, weniger vollendete häusliche Arbeiten aufzuweisen und im Unterrichte in Frische und Leistungsfähigkeit zurückzustehen. Schon aus den angedeuteten Mißständen ergibt sich, daß auch durch Umfragen bei den Schülern die Einhaltung der vorgeschriebenen Maximalzeit bei den häuslichen Arbeiten nicht gewährleistet, und daß die Erziehung zum selbständigen Arbeiten durch die Hausaufgaben in der Mehrzahl der Fälle nicht erreicht wird. Es erscheint daher wünschenswert, ohne etwaige Vermehrung des Memorierstoffes in den Unter- und Mittelklassen auf schrift-

liche Hausarbeiten ganz zu verzichten und in den Oberklassen in mäßigem Umfange nur solche zuzulassen (frei wiedergeben, Aufsätze), deren Lösung die individuelle Betätigung des Schülers mit einiger Sicherheit erkennen läßt.

Zu 3. Es ist zu wünschen, daß die Schule den Zusammenhang mit der Pflege von Spiel und Sport, die zum Turnen mehr und mehr ergänzend hinzutritt, nicht verliere. Als das geeignetste Mittel erscheint die Verallgemeinerung des Spielnachmittags, wie er an manchen Schulen bereits eingeführt ist, mit Erlaß der häuslichen Arbeiten für den folgenden Tag. Die zweistündige Spielzeit könnte auf die späten Nachmittagsstunden (5—7 oder 6—8 Uhr) verlegt werden.

An eine wichtige Frage rührt ein Vortrag Fürsts (Hamburg), der sich mit der Bekämpfung der Tuberkulose in der Schule befaßte. Die Sterblichkeit an Tuberkulose hat in Preußen bei den Erwachsenen abgenommen, in den Jahren 1876—1903 bei männlichen Personen um 38·40%, bei weiblichen um 33·4%; für das Lebensalter von 5 bis 15 Jahren sei dagegen eine Zunahme eingetreten. Die Tuberkulose sei also ein gefährlicher Feind der Schuljugend. Was habe nun zu geschehen, um die Tuberkulose aus den Schulen auszurotten? Individuen, die tuberkulös sind, müssen aus der Schule entfernt und anderweitig untergebracht werden, auch die Lehrer, die sonst die Schüler gefährden; wie sehr anderseits letztere durch kranke Schüler gefährdet sind, zeigt der Umstand, daß sie, was Häufigkeit der Erkrankungen an Tuberkulose betrifft, gleich nach den Krankenpflegerinnen kommen. Auch die Wohnungen der Lehrer (die sogenannten Amtswohnungen) müssen aus der Schule verlegt werden, desgleichen die Wohnung des Schuldieners, die meistens in den Kellerräumen liegt; dem Schuldiener wäre in einem besonderen Häuschen im Schulhofe Platz zu schaffen. Die Trennung der Wohnräume läge ebensosehr im Interesse der Gesundheit der Schüler als der des Lehrers und seiner Familie. Um die Tuberkulose aus der Schule fernzuhalten, sollten die Kandidaten schon vor dem Eintritte in die Lehrerbildungsanstalten von sachverständigen Spezialärzten untersucht und im Falle ihrer Behaftung mit der Krankheit zurückgewiesen werden; das wäre für sie selbst eine Wohltat, da sie bei späterer Erkrankung sonst nur durch Berufswechsel gebessert werden können. Das „Umsatteln“ ist aber gerade beim Lehrerberuf sehr schwer. Werde aber ein Lehrer im Amt von der Tuberkulose befallen, so müssen schnell alle Mittel gewährt werden, um ihn zu heilen; denn mit der Genesung des tuberkulösen Lehrers schafft man auch eine Quelle der Infektion für die Jugend hinweg. Die Ausweisung tuberkulöser Schüler sei durchaus nicht zu streng. Jedoch muß eine sichere Entscheidung durch einen Schularzt vorangehen. Der Schularzt halte regelmäßige Sprechstunden in der Schule ab; der Lehrer macht ihn aufmerksam, wenn Schüler geistig und körperlich nicht vorwärts kommen. Lüftung, Belichtung, Sonne seien die Hauptpunkte, die der Schularzt im Auge haben müsse. Außerhalb der Klassenzimmer müsse für Kleiderablegeräume gesorgt werden, da durch feuchte und schlechte Ausdünstungen die Atmung erschwert und der Tuberkulose der Boden bereitet werde. Natürlich müssen geeignete Spucknäpfe in den Klassenräumen aufgestellt werden. Die Reinigung der Schulen ist noch immer unvollkommen; sie habe täglich feucht zu geschehen; Wasser sei selbst dem an sich guten Fußbodenöl vorzuziehen. Leicht aufklappbare Schulbänke seien die Voraussetzung für eine einwandfreie Reinigung der Räume. Die Belehrung über hygienische Dinge sei sehr wichtig; Fürst, selbst Schularzt, hat zu diesem Zwecke Elternabende veranstaltet und bei einer Nachuntersuchung zu seiner Freude wahrgenommen, welches Verständnis Eltern und Kinder dem Schularzt entgegenbringen. Hygiene müsse Prüfungsfach für die Lehrer werden, auch für die höheren Lehrer; denn die hygienischen Verhältnisse der Volksschulen seien oft besser als an den höheren Staatsschulen. Alle Nebendinge, wie Turnvereine, Versammlungen u. s. w. müssen, weil sie einer rationellen Reinigung ent-

gegenstehen, aus den Schulen heraus. Brausebäder und bessere Waschgelegenheiten sind zu fordern. Großartige Erfolge habe man in Charlottenburg und München-Gladbach mit den Waldschulen erzielt. Vor Entlassung der Schüler muß der Rat des Schularztes eingeholt werden über die Frage, welchen Beruf der zu Entlassende mit Rücksicht auf seine Körperkonstitution zu wählen hat.

Im Vorangehenden habe ich einen kleinen Ausschnitt der Fragen gegeben, mit denen sich die Schulhygiene befaßt. Natürlich sind es nicht alle; das in der Einleitung mitgeteilte Programm der Londoner Tagung zeigt, wie viele Bereiche die Schulhygiene schon heute umfaßt. Aufgabe des Arztes ist es, sich mit ihr noch intensiver zu befassen, wie es bis jetzt geschieht; denn nur er bringt für diese Disziplin alle Voraussetzungen mit, die sie erfordert.

REFERATE.

Innere Medizin.

Nephritis und Albuminurie.

1. **Eine Vereinfachung der Hellerschen Ringprobe.** Von Fritz Sachs, Charlottenburg. Ref. Fritz Loeb, München.
2. **Ueber die Bedeutung des durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörpers im Harn der Kinder.** Von L. Langstein, Berlin. Ref. Fritz Loeb, München.
3. **Ueber juvenile physiologische Albuminurie.** Von B. Ullmann. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Beobachtungen über die orthostatische Albuminurie.** Von M. Abelmann. Ref. Fritz Loeb, München.
5. **Ueber intermittierende und zyklisch-orthotische Albuminurie.** Von Anna Martha Kannegießer. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Zur Kenntnis der konstitutionellen Albuminurie.** Von Hans Richter. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Die Diagnose der orthotischen Albuminurie mit Bemerkungen zur allgemeinen Diagnostik der Nierenkrankheiten.** Von Sanitätsrat Dr. G. Kerach. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
8. **Ueber Nierenfunktion. Klinische Untersuchungen über Nierenfunktion bei Arteriosklerose und chronischer Nephritis.** Von H. Schur und E. Zak. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
9. **Ueber Wirkungsweise und Indikation einiger diuretisch wirkender Mittel.** Von O. Löwi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
10. **Ueber die vikariierende Funktion des Intestinums bei der Ausscheidung des Kochsalzes.** Von Carlo Gennari. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
11. **Ueber die Bedeutung der Retention der Chloride für die Prognose und Therapie der chronischen Nephritis.** Von Prof. Dr. F. Blumenthal. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
12. **Pathologie und Therapie der Nephritis.** Von Ralph Webster. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
13. **Chloralhydrat als Prophylaktikum der Scharlachnephritis.** Von B. Franklin Royer. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
14. **Ein neues Heilmittel der Nephritis.** Von E. Pérez Noguera. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
15. **Ueber das Vorkommen der Polyurie bei Schrumpfniere.** Von Martin Nagel. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
16. **Die Behandlung der Nierenkrankheiten im Lichte neuerer Forschungen.** Von H. Schur, Wien. Ref. F. Perutz, München.
17. **Ueber die Behandlung von Scharlachnephritis mit Oleum Terebinthini.** Von S. J. Jaßny. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
18. **Schwere Nierenerkrankung nach äußerlicher Chrysarobinapplikation.** Von Richard Volk, Wien. Ref. Einstein, Stuttgart.
19. **Ein Fall plötzlicher Heilung von akuter Nephritis nach Urämie.** Von M. Senzig, Saarlouis. Ref. F. Perutz, München.

1. Sachs schlägt eine bequeme Vereinfachung der vom Praktiker gern gebrauchten Hellerschen Salpetersäureprobe auf Eiweiß vor: Man bringt auf ein reines Glas (Objektträger), das auf dunklem Grunde liegt, einen Tropfen reiner Salpetersäure; nahe an ihm einen etwa ebenso großen Tropfen des zu unter-



suchenden Harnes. Die Tropfen verbreitern sich von selbst gegeneinander und vereinigen sich schließlich, wobei sie sich über- bezw. unterschichten, was man durch Schlierenbildung an der Oberfläche beobachten kann. Bei stärkerem Eiweißgehalt entsteht augenblicklich, bei schwachem (von etwa 0·2‰) nach kurzer Zeit ein dicht-weißer, grauer, bezw. gräulichblauer Schleier in der Halbkugel, der zumeist halbmondförmig über den Säuretropfen sich ausbreitet. Die Methode ist in dieser Form zweifellos bequemer als sämtliche bisher üblichen. Spuren bis zu 0·01‰ sind deutlich zu erkennen. Selbst bei minimalen Mengen von Harn ist sie anwendbar. In Bezug auf Sicherheit steht sie, wie die im Reagensglas vorgenommene Schichtprobe, allen voran. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 2, 1907.)

2. Langstein kommt zu folgenden Ergebnissen: Es gibt keine orthotische Albuminurie, in der nicht der durch Essigsäure fällbare Eiweißkörper ausgeschieden wird. Er ist konstant in jeder eiweißhaltigen Urinprobe vorhanden. Fälle, in welchen nur jener Eiweißkörper ausgeschieden wird, charakterisieren sich von vornherein als different von Fällen chronischer Nephritis. Bei der chronischen Nephritis der Kinder ist jener Körper nicht oder in geringerer Menge als anderes Eiweiß vorhanden. — (Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 4, 1907.)

3. Durch einen Zufall bot sich Ullmann die Gelegenheit, 42 gesunde Kinder im Alter von 2½—13 Jahren, die meisten mehrmals, untersuchen zu können. Albuminurie zeigte sich bei 14, d. h. also ein Drittel der gesunden Kinder hatte Albuminurie. Nur bei einem von den 14 war Scharlach als Vorkrankheit festzustellen, bei einem Lungenentzündung und Halsentzündungen, bei neun Masern oder Varizellen. Drei hatten 2‰ und mehr, darunter das Scharlachkind (bis 6‰), fünf hatten mehr als Spuren, sechs Spuren. Gerade ein Mädchen, das bis 10‰ hatte, machte den gesündesten und kräftigsten Eindruck; jedenfalls ergaben die Beobachtungen, daß Anämie oder schwächliche Konstitution oder vorausgegangene Infektionskrankheiten nicht Voraussetzung zum Zustandekommen der Erscheinung sind. Was den Gang der Albuminurie angeht, so müssen noch andere Gründe als Wechsel der Körperhaltung für den Wechsel ihrer Intensität maßgebend sein. So konnte z. B. der Frühurin Eiweiß enthalten, der in der Poliklinik gelassene frei sein. Mikroskopisch fanden sich stets Zylindroide; granulierte Zylinder nur einmal bei einem stets gesunden und beschwerdefreien Mädchen neben mäßiger Albuminurie; an den beiden nächsten Tagen war der Harn stets frei von Eiweiß und Zylindern. Im Gegensatz zu den Befunden bei den Schulmädchen fand Ullmann bei mehreren tausend Erwachsenen ohne Nephritis nur 5—6mal Albumen. Hält man sich nun vor Augen, daß die verschiedensten Beobachter in einem großen Prozentsatz junger Individuen Albuminurie ohne Nephritis gefunden haben, nur selten dagegen bei Erwachsenen, so muß man schließen, daß es sich um eine abnorme, aber nicht krankhafte Erscheinung (nach Leube um eine physiologische) handelt, die dem jugendlichen Alter eigentümlich ist. Ullmann hält danach die Trennung dieser Formen in mehrere Gruppen (Pubertäts-, prätuberkulöse Albuminurie etc.) für unnötig, auch den Namen orthotische nicht für bezeichnend, sondern will zum Namen juvenile, physiologische Albuminurie zurückkehren. Eine Behandlung der Albuminurie hält er demnach für unnötig, ebenso die Bedenken der Versicherungsärzte gegen die Aufnahme solcher Personen. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 5, 1907.)

4. Von den Befunden Abelmanns verdient hervorgehoben zu werden, daß er die Menge des ausgeschiedenen Na Cl bei horizontaler Lage im eiweißfreien Harn eines sonst gesunden, an orthostatischer Albuminurie leidenden 12jährigen Mädchens größer fand (1·0—1·7%) als im Eiweißharn bei vertikaler Stellung (0·8 bis 1·4%). — In vielen Fällen zyklischer Albuminurie hält er die „Wachstumsinsuffizienz" des Herzens (Martius) für das ätiologisch ausschlaggebende Moment; eine zweite ätiologische Möglichkeit ist in einer anormalen Labilität des vaso-



motorischen Nervensystems zu suchen. — (St. Petersb. med. Wochenschr., Nr. 36, 1906.)

5. Wenn wir in der Praxis eine orthotische Albuminurie diagnostizieren, dann sind wir immer in einer gewissen Verlegenheit, wenn wir uns über die Prognose der Affektion äußern sollen; denn unsere Erfahrungen darüber, unsere Kenntnis größerer Serien lang beobachteter Fälle sind nur gering. Die Arbeit Kannegießers füllt hier in verdienstvoller Weise eine Lücke aus, indem sie uns ein Resümee über 24 Fälle, die 2—14 Jahre in Beobachtung standen, gibt. Die Untersuchungen „ergeben zwar ein jahrelanges Fortbestehen der Albuminurien und auch der pathologischen Herzbefunde, aber die Albuminurie zeigte doch eine deutliche Tendenz zur Abnahme, oft bestehen Intervalle, in denen die Albuminurie schon gänzlich geschwunden zu sein scheint, bis dann plötzlich unerklärlicherweise Albumen wieder eintritt. In einigen Fällen glaubten wir vollständige Heilung annehmen zu müssen, wieder in anderen schweren Fällen sehen wir jetzt über vier Jahre unverändert die Eiweißausscheidung bestehen unter sichtlichen Beschwerden allgemeiner Natur. Nie aber fanden wir auch nur ein Zeichen, welches auf einen Uebergang dieser Form der Albuminurie in chronische Nephritis gedeutet hätte". Bezüglich der Pathogenese der orthotischen Albuminurie steht Vf. (mit Vierordt, aus dessen Klinik die Arbeit stammt) auf dem Standpunkt, daß die primäre Ursache derselben im wesentlichen in zirkulatorischen Störungen zu suchen ist. Nicht zum wenigsten sprechen hiefür die fast stets festzustellenden Symptome von seiten des Herzens: blasende systolische Geräusche, bisweilen Verbreitung nach R., manchmal etwas hebender Spitzenstoß oder paukender zweiter Aortenton. Gegenüber Edel war in den Fällen der Vf. der Nachmittag durchaus nicht stets von vornherein mehr eiweißfrei als der Vormittag; die Haupteiweißausscheidung lag in einigen Fällen erst um 4 Uhr nachmittags vor. Das Weglassen des Mittagessens hatte alsdann keineswegs eine noch größere Eiweißausscheidung zur Folge. Es scheint immer noch, daß der Wechsel von der horizontalen Lage zum Aufsein der einzige sichere Faktor in der Beeinflussung der orthotischen Albuminurie ist. Bezüglich der Differentialdiagnose ist bemerkenswert, daß die Vf. in keinem ihrer Fälle jemals hyaline Zylinder auffinden konnte. Von der sogenannten physiologischen Albuminurie, zu deren Zustandekommen stets irgend eine grobe Schädigung nötig ist, unterscheidet sich die orthotische Albuminurie leicht. Therapeutisch werden die Kinder mit orthotischer Albuminurie in der Vierordtschen Klinik nicht wie Nierenkranke mit absoluter Bettruhe und eiweißfreier Kost behandelt, da man davon nie Besserungen sieht. Die Kinder können sogar zur Schule gehen; doch sind Turnübungen ebenso wie Springen etc. strenge zu untersagen. Die Heilerfolge Edels bei Erwachsenen durch kräftigende Uebungstherapie sind wohl auf Kinder nicht ohne weiteres zu übertragen. Bei Erwachsenen lassen sich Uebungen eben besser dosieren; vielleicht könnte man auch bei Kindern durch speziell ausgearbeitete und an ihrer Leistungsfähigkeit sorgfältig zu erprobende Uebungstherapie Nutzen schaffen, besonders bei solchen mit pathologischem Herzbefund. — (Dissert. Heidelberg 1906.)

6. Richter stellt mit Martius eine physiologische Albuminurie entschieden in Abrede und hält die Trennung einer Pubertätsalbuminurie von einer zyklischen Albuminurie für völlig unbegründet. Beide sind vielmehr als konstitutionelle Albuminurie zusammenzufassen und sind der Ausdruck einer Organanomalie, die eine Krankheitsanlage darstellt, ohne schon eine Krankheit zu sein. Freilich bildet diese Organanomalie eine dauernde Gefahr für ihren Träger, da sie ja jederzeit zur eigentlichen Krankheit werden kann. Richter hat in der Zeit von vier Jahren in der Rostocker Poliklinik 85 Fälle von konstitutioneller Albuminurie beobachtet. Von diesen waren 60 Mädchen, ein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes, wie es auch sonst schon mehrfach berichtet wurde. Auf die vier ersten Lebensjahrfünfte verteilten



sich die 85 Fälle mit 2, 31, 45, 7; besonders stark überwiegen die Mädchen in den Pubertätsjahren die Knaben. Mit Ausnahme eines einzigen Falles ging die Albuminurie Hand in Hand mit einer schwächlichen Körperentwicklung, zu der sich dann noch die Erscheinungen der Skrofulose, der Chlorose, besonders aber der dilatativen Herzschwäche gesellten. In mehreren Fällen war ein familiäres Auftreten der Affektion zu konstatieren, was auch für eine konstitutionelle Anlage spricht. In den Klagen der Kranken wies nichts auf das Bestehen einer Albuminurie hin. — Prognostisch müssen wir uns stets vorsichtig äußern, zumal die konstitutionellen Albuminuriker eine erhöhte Neigung zeigen, später eine Schrumpfniere zu bekommen. Die Therapie hat darauf auszugehen, den Organismus widerstandsfähiger zu machen durch systematische Uebungen, Regelung der Lebensweise, Vermeiden größerer Anstrengungen. — (Dissert. Rostock, 1906.)

7. Unter orthotischer Albuminurie versteht man eine Erkrankung, die in der Altersgrenze von etwa 5—25 Jahren beobachtet wird, und darin besteht, daß nur und stets bei aufrechter Körperhaltung Albumen teils mit, teils ohne Zylinder ausgeschieden wird, ohne daß gleichzeitig, wie etwa am Zirkulationsapparat oder auf der Netzhaut, irgend welche für eine Nierenerkrankung pathognomische Erscheinungen nachweisbar sind. So lange während der Ruhelage des Körpers auch nicht Spuren von Eiweiß und keinerlei morphotische Bestandteile abgesondert werden und auch sonst keine auf eine Nierenerkrankung hinweisende Erscheinungen vorhanden sind, steht die Diagnose der orthotischen Albuminurie fest. — (Med. Klin., Nr. 47, 1906.)

8. Arteriosklerose und chronische Nephritis haben zweifellos manches Gemeinsame, so besonders den hohen Blutdruck und die günstige Wirkung gewisser Medikamente und Heilprozeduren. Außerdem ist bekannt, daß eine chronische Nephritis sich häufig auf dem Boden der Arteriosklerose entwickelt. Es schien nun lohnend, zu untersuchen, ob sich eine solche beginnende Schrumpfniere, ehe sie zu manifesten klinischen Symptomen führt, durch die empfindlichere funktionelle Prüfung der Nieren Arteriosklerotischer nachweisen läßt. Von den verschiedenen Methoden, die uns zur Funktionsprüfung der Niere vorliegen, benutzten Schur und Zak den von Strauß, sowie von Kövesi und Roth-Schulz eingeführten Verdünnungsversuch, ferner Diuretindarreichung. Während in normalen Fällen der Wasserzufuhr eine ganz bedeutende Steigerung der Diurese folgte, blieb eine solche in vielen Fällen von Nephritis und Arteriosklerose ganz aus und war in anderen viel schwächer als normal; nur eine kleine Anzahl von Nephritikern und Arteriosklerotikern zeigte normale Verhältnisse. Fast parallel mit den Wasserversuchen gingen die Diuretinversuche. Die Diuretindiurese war regelmäßig mit einer absoluten Vermehrung der Ausscheidung von N, Cl und P_2O_5 verbunden; prozentuell waren jedoch diese Substanzen stets vermindert, wenn auch nicht so hochgradig wie bei der Wasserdiurese. Praktisch ist ihre Bestimmung nicht nötig; es genügt die einfache Bestimmung der Harnmenge. Jedenfalls ist bei Arteriosklerose mit hohem Blutdruck auf diese Weise in den meisten Fällen ebenso wie bei Nephritis Niereninsuffizienz nachzuweisen. Die praktische Bedeutung dieser Befunde ist zurzeit nicht groß; denn da es selbst einzelne Fälle unzweifelhafter Nephritis — allerdings auch sonst ohne Zeichen von Niereninsuffizienz — gibt, die bei der Funktionsprüfung normale Verhältnisse ergeben, so ist nicht zu erwarten, daß die Probe leichte entzündliche Erscheinungen aufdeckt. Sie hat dagegen einen wesentlichen Wert für die Diagnose latenter Schrumpfniere bei Arteriosklerose, wo bei geringfügigeren anatomischen Veränderungen sich grobe Funktionsstörungen ergeben. Tatsächlich läßt sich bei Arteriosklerose mit erhöhtem Blutdruck fast stets Niereninsuffizienz nachweisen, und es ist wohl ein großer Teil der Symptome solcher Arteriosklerosen, speziell der hohe Druck selbst, darauf zurückzuführen. Die gute Wirksamkeit der Theobrominpräparate bei Arteriosklerose dürfen wir demgemäß

wohl auf ihre diuretische Wirkung zurückführen. Praktisch ergibt sich weiter aus den Versuchen, Arteriosklerotiker mit hohem Druck auch diätetisch wie Nephritiker zu behandeln: kleinere und häufigere Mahlzeiten, salz- und N-ärmere Kost, Unterlassung größerer Flüssigkeitszufuhr, daneben Bäder etc. — Die Originalmitteilung schließt daran noch längere theoretische Abhandlungen. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 48, 1906.)

9. Der Vortrag Löwis zieht nur die Wirkungsweise der Digitalis, sowie der Diuretika der Purinreihe in Betracht. Von letzteren hatte man bisher nach v. Schröders grundlegenden Versuchen angenommen, daß der Angriffspunkt ihrer Wirkung das sezernierende Nierenparenchym sei, weshalb in der Praxis von den meisten ihre Anwendung bei der Nephritis vermieden wurde. Aber auch in einem Organ, dessen zentrale Vasokonstriktoreninnervation (wie bei v. Schröders Nieren) durch Nervendurchschneidung aufgehoben ist, kann die Gefäßerweiterung noch gesteigert werden durch die Reizung peripherer, in der Gefäßwand gelegener gefäßerweiternder Apparate, und es konnte in der Tat gezeigt werden, daß bei völlig unverändertem Blutdruck Koffein und Diuretin in der Niere, auch nach Beseitigung des zentralen Gefäßverengerertonus, zu einer gewaltigen Gefäßerweiterung führen. Weitere Versuche ergaben, daß diese Reizung der peripheren Apparate und die durch sie erzielte stärkere Durchblutung der Niere die Hauptursache der Diurese nach Koffein- bezw. Diuretindarreichung sind. Mit diesen Feststellungen entfällt auch nach Löwis Ansicht jeder Grund, die genannten Mittel bei der Nephritis zu vermeiden, zumal wahrscheinlich wenigstens gewisse Gruppen der Nephritis kausal mit einer primären Gefäßverengerung zusammenhängen. Löwi möchte demgemäß die Anwendung der Purinkörper etc. als der spezifischen Nierengefäßerweiterer als mögliches Abortivmittel in jedem Fall von akuter Nephritis befürworten, wofern es sich nicht um unangreifbare Glomerulonephritiden handelt. Daneben kommt noch die gefäßerweiternde Wirkung auf die Koronargefäße des Herzens in Betracht, wodurch die Herzarbeit verbessert und damit auch die Diurese gesteigert wird. Vorbedingungen für den Eintritt der Diuretindiurese sind aber: 1. Die Beschaffenheit des Blutdruckes; ist er unter ein gewisses Niveau gesunken, so läßt sich keine Diurese mehr erzeugen. 2. Der Zustand der Erfolgsorgane: sind bei hochgradiger Arteriosklerose die Gefäße starr und nicht mehr erweiterungsfähig, so kann auch keine Diurese mehr eintreten; mit Schlayer glaubt Löwi, daß sich die Reaktionsweise verschiedener, besonders akuter Nephritiden auf die Diuretika der Purinreihe als wertvoller diagnostischer Anhaltspunkt wird verwerten lassen, ob es sich um mehr glomeruläre oder mehr parenchymatöse Formen handelt. 3. Der Vorrat an Material für die Harnbildung: es muß auch wirklich überschüssiges Wasser im Körper vorhanden sein.

Bei der Digitalis ist ebenfalls die Frage aufzuwerfen, ob die Diurese zustande kommt durch Beeinflussung der Gesamtzirkulation oder der Niere allein oder beider? Die geläufige Ansicht ist, daß die Beeinflussung der Zirkulation das wesentliche ist; völlig unrichtig ist es aber, in der Blutdrucksteigerung schlechthin die Ursache der Digitalisdiurese beim Menschen zu erblicken; denn es tritt oft starke Diurese ein trotz Fehlens einer Blutdrucksteigerung. Die wahrscheinlich alleinige primäre Wirkung der Digitalis auf die Zirkulation besteht in einer Steigerung der Herzarbeit. Wenn wir nun wissen, daß der Stauungszustand häufig genug charakterisiert ist durch verminderte Herzarbeit, vermehrten peripheren Widerstand und durch oft normalen, sogar übernormalen Blutdruck, wobei die Niere durch mangelhafte Blutversorgung einerseits, durch venöse Stauung anderseits geschädigt wird, so ist für die diuretische Wirkung der Digitalis trotz Herabsetzung des Blutdruckes folgende Erklärung gegeben: Das Herz arbeitet besser, es wirft besser aus und schöpft mehr, dadurch schwinden Stauung und Oedeme; infolge reichlicherer Durchblutung hört die Asphyxie, damit auch die Reizung des Vasokonstriktorenzentrums und die da-

durch mitbedingte vermehrte Gefäßspannung auf; jetzt fällt der Blutdruck durch Gefäßentspannung und -Entlastung; letztere und die gesteigerte Herzarbeit führen der Niere mehr Blut zu, und sie kann, zumal die venöse Stauung wegfällt, wieder arbeiten. Gesteigerter Blutdruck darf also hier ebensowenig wie in anderen Fällen eine Kontraindikation gegen Digitalisanwendung sein. In Fällen, wo die Zeit nicht drängt, wird es sich oft empfehlen, zuerst die massigen Oedeme durch Diuretin wegzubringen und dann Digitalis zu geben; eine gleichzeitige Darreichung von Digitalis mit Körpern der Purinreihe dürfte immer angezeigt sein. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 1, 1907.)

10. Der französischen Arbeit von Javal und Adler, die im Oktoberheft besprochen wurde, ist hier eine italienische anzuschließen, welche die so wichtige Frage nach der Kochsalzausscheidung im Kot in einer großen Reihe exakter Versuche zu lösen sucht. Bei gesunden Individuen fanden sich stets nur sehr geringe Mengen Kochsalz im Kot, ebenso waren sie nur gering bei Kranken, auch bei Nierenkranken. Schritt man jedoch zur Darreichung großer Kochsalzmengen in der Nahrung, so war auch die Kochsalzausscheidung im Stuhl bei Gesunden wie bei Nephritikern höher. Gibt man ein Abführmittel, so wird reichlicher Kochsalz im Stuhl abgegeben, und zwar umso mehr, je mehr Kochsalz sich im Körper befindet; auch hier gilt das Gleiche für Gesunde wie Nierenkranke. Am stärksten kann man durch Abführmittel den Chlorgehalt der Fäzes steigern bei Oedembildung und Exsudaten. Schon unter völlig normalen Verhältnissen zeigen die Einzelindividuen ein verschiedenes Retentionsvermögen für Kochsalz, je nach der Art des eingehaltenen Regimes und vielleicht auch des stärkeren oder geringeren Kochsalzfixierungsvermögens ihrer Gewebe. Die Wirkung der Abführmittel, die einen entzündungsartigen Zustand der Darmschleimhaut hervorrufen, setzt physikalische Bedingungen im Darm, welche die Elimination des Kochsalzes begünstigen.

Für die Praxis leuchtet nach diesen Ausführungen die wichtige Rolle ein, welche Abführmittel in der Behandlung der Nephritis spielen können; sie können den Darm in Stand setzen, die kochsalzausscheidende Funktion der Nieren, die hier pathologisch darniederliegt, bis zu einem gewissen Grade zu ersetzen; ebenso können sie die Resorption von Exsudaten unterstützen. Bemerkenswert ist dabei noch, daß schon leichte Purgierung recht markante Erfolge zeitigen kann. — (La Clin. Med. Ital. Nr. 8, 1906.)

11. Blumenthal bestätigt die von Strauß und Widal gemachten Erfahrungen, daß es durch chlorfreie Diät gelingt, die Diurese zu steigern, und daß namentlich eine chlorarme Diät, verbunden mit Diuretizis, häufig eine dauernde Besserung schafft. B. gibt eine rein vegetabilische Kost, wenn dies nicht möglich ist, einen Zusatz bis 300 g ungesalzenes Fleisch. Gegen die Kopfschmerzen und das Erbrechen der Nephritiker leisten große Dosen Bromnatrium gute Dienste. Sicher spielt die Retention der Chloride bei Oedematösen eine bedeutende Rolle für die Bildung von Oedemen, aber sie braucht nicht in jedem Falle von Nephritis zu Oedemen zu führen. — (Med. Klin., Nr. 49, 1906.)

12. Die Niere hat zweifache Funktion: Exkretion und Sekretion. Sie gibt die Substanzen ab, die sich in der Oekonomie des Körpers abgenützt haben und hält diejenigen zurück, die weiteren Wert haben. Sie ist der Osmoregulator des Blutes. Zwischen Ergänzung des Blutes und Funktionstüchtigkeit der Niere besteht ein enger Zusammenhang, das ergibt sich aus den zahlreichen Gefäßbündeln der gewundenen Harnkanälchen. Dadurch, daß die zuführende Arterie jedoch eine größere Lichtung hat, als die abführende Vene, ist es für das Blut leichter, den Glomerulus zu erreichen, als zu verlassen. Der doppelte Kapillarplexus im Glomerulus leitet zu dem Gedanken, daß der hochorganisierte Teil der Nierenkanälchen vor einem außerordentlichen Blutdruck durch den Glomerulus als Zwischenstück geschützt ist.

Wasser, Salz und wahrscheinlich der pathologische Zucker und Eiweiß werden vom Glomerulus ausgeführt, Harnstoff,



Harnsäure, Kreatinin mit etwas Wasser und Salz durch die besondere auswählende Tätigkeit des Epithels der Harnkanälchen, indem bestimmte Abschnitte der letzten diesbezüglich verschiedene Funktionen haben. Bei organischen Veränderungen der Niere haben wir demnach eine Veränderung in der Zusammensetzung der Sekrete zu erwarten. Auf Grund der Ergebnisse des Experiments müssen wir darauf schließen, daß der Sekretionsprozeß in der Niere eine besondere selektive Tätigkeit und nicht nur reine physikalische Filtration ist.

Die Linie zwischen physiologischer und pathologischer Albuminurie ist unmöglich zu ziehen. Die physiologische, zyklische, juvenile und orthostatische, sowie andere Abarten der Albuminurie sind, wenn je, doch selten von für Nephritis charakteristischen Harnbefunden begleitet; dagegen finden sich solche häufig bei febriler Albuminurie.

Die Hauptsache scheint dem Vf. zu sein, daß man die Nephritis einfach als Ausdruck eines konstitutionellen oder Stoffwechselprozesses betrachtet; sie beruht seiner Ansicht nach auf einer direkten Reizung des Nierenparenchyms durch endogene oder exogene Gifte. Eine direkte Reizung der Nieren durch die Bakterien selbst wird zugegeben, doch seien in diesem Falle die Läsionen mehr herdförmig, als wenn sie durch die Bakterienprodukte gesetzt sind. Wenn, wie besonders beim Typhus, Bakterien im Urin sich finden, so ist noch nicht erwiesen, daß die Nieren intakt waren oder daß die Bakterien von der Niere stammen. Webster weist darauf hin, daß Fälle mit akuten gastrischen Symptomen und hohen Temperaturen mit späterer Lokalisation der Schmerzen in die Lendengegend und begleitet von Urinbefunden der akuten Nephritis, bezüglich der eigentlichen Diagnose der Entzündungen und Infektionen der Niere unsere Aufmerksamkeit auf sich ziehen müssen, insofern, als die chirurgische Behandlung in letzteren Fällen notwendig erscheine.

Wenn man die Aetiologie der Nephritis betrachtet, dann ist der ursächliche Faktor derselbe, der Stoffwechsel oder konstitutionelle Störung mit dem Erfolge der Produktion von Toxinen, Aenderungen in der Eigentümlichkeit des Blutes und anderer allgemeiner pathologischer Erscheinungen hervorgebracht hat, derselbe, der irritative und später entzündliche Läsionen in der Niere verursacht, die zu dem führen, was wir klinisch Nephritis heißen.

Die in chronisch-parenchymatösen Fällen beobachteten interstitiellen Veränderungen sind notwendigerweise sekundär von Standpunkt der Pathologie aus betrachtet, doch findet man klinisch nicht alle Fälle von chronisch interstitieller Nephritis als Folge des chronischen parenchymatösen Typus.

Bekanntlich kann Nephritis zu bestimmten Veränderungen im Zirkulationssystem führen oder auch die Folge solcher sein. Bezüglich der akuten Formen müssen wir die Ursache in dem erhöhten Widerstande sehen, den die Anhäufung von Blut in den Blutgefäßen bietet. Wasser ist vielleicht diejenige Substanz, die bei akuter Nephritis am schwierigsten ausgeschieden werden kann, wie dies durch Oligurie oder Anurie bewiesen wird.

Infolge der Zurückhaltung von Flüssigkeit vergrößert sich das rechte Herz und sekundär das linke Herz bei seinen Anstrengungen, die erhöhte Menge durch das Gefäßsystem zu treiben (s. später). Während bei dem chronisch parenchymatösen Typus die zurückgehaltenen Stoffwechselprodukte eine reizende, gefäßzusammenziehende Wirkung auf die Blutgefäße ausüben und zu gleicher Zeit die Herzmuskulatur reizen, werden die Blutgefäße bei dieser Form mehr durchlässig, und Oedem ist die Folge. Später hypertrophiert zufolge der zweifachen Ursache von Reiz und erhöhter Resistenz das linke Herz, besonders die Ventrikel. Die Veränderungen des Gefäßsystems können in allen Formen von Nephritis Veranlassung geben, die unsere größten therapeutischen Anstrengungen erfordern; es wird dabei die Nierenläsion vom therapeutischen Standpunkte in die zweite Rolle gedrängt. Es scheint dem Vf. nicht unwahrscheinlich, daß wir bei

fleißigem Suchen zeigen können, daß zwischen den Albuminurien aus den verschiedenen Ursachen Differenzen bestehen, daß die Albuminurie der Pneumonie z. B. chemisch different von dem der Exzeß- oder Erkältungsnephritis ist.

Betreffs der Zylindrurie muß man nach Vf. wegen Irrungen in der Diagnose sehr auf der Hut sein. Formen aller Arten erscheinen im Urin, ohne daß klinische Erscheinungen von Nephritis bestehen, und doch müssen wir, wenn unsere Voraussetzungen bezüglich des Ursprunges der Formen richtig sind, annehmen, daß eine Nierenläsion vorliegt. Was die Frage des Zusammenhanges der Ausscheidung, bezw. Zurückhaltung der Chloride mit der Entstehung der Oedeme anlangt, so ist Vf. der Ansicht, daß bei Hydrämie das Wasser dem in die Gewebe ausgetretenen Salze folgt, wenn die Niere zufolge eines entzündlichen Prozesses geschädigt ist, und somit das Oedem als ein kombinierter Erfolg von erhöhtem Gefäßdruck mit Transsudation und von Zurückhaltung von Salz in den Geweben entsteht.

Im weiteren Verfolge wird die Tatsache besprochen, daß Nephritiker eine stärkere Albuminurie zeigen nach Kochsalzaufnahme; er verweist dabei auf Hoppe-Seylers, Wittichs und Nasses Resultate, die gezeigt haben, daß die Eiweißlösung stärker filtriert bei Gegenwart von Salz. Er kommt dann auf einige eigene Experimente, die gezeigt haben, daß der Urin von Nephritikern einerseits eine die Gerinnung hemmende Substanz, anderseits ein besonderes Ferment mit peptischem Charakter erweise. Es wäre möglich, daß das Eiweiß mehr diffundibler würde durch die Gegenwart solcher Substanzen. Das eine erscheine jedoch für alle Fälle eine merkwürdige Tatsache, daß Kochsalz die Albuminurie vermehre oder verursache. Die beste Erklärung dafür wäre nach Vf. die, eine rein toxische Albuminurie anzunehmen.

Die alte Auffassung Brights, das Oedem würde hervorgerufen durch Hydrämie des Blutes infolge Eiweißverlustes, muß nach W. verlassen werden. Die Menge der aufgenommenen Flüssigkeit ist ein bedeutender Faktor bei der Entstehung des Oedems. Dadurch, daß die Flüssigkeit wie im normalen Zustande absorbiert wird, wächst die Hydrämie, und entsprechend der Insuffizienz der Niere folgt das Oedem; hiezu kommt die Ueberlastung des Herzens und eine Vermehrung des Oedems.

Die Entstehung der Urämie führt Vf. im Verfolge der Ideen von Strauß etc. auf die Erhöhung der nitrogenen Körper im Blut zurück, im Zusammenhange mit der Beziehung der erhöhten Ammoniakexkretion zur erhöhten Säurebildung in den Geweben. Hiebei erscheint die Theorie Croftans, daß die Urämie allererst abhängig ist von einer Insuffizienz der Leber als Folge allgemeiner Stoffwechselstörung W. sehr plausibel. In der Behandlung der Nephritis redet Vf. für akute Fälle einer Hungerkur von 4—5 Tagen das Wort. Im übrigen soll man sich bezüglich der Behandlung nicht ängstlich nach dem Gehalt des Urins an Formelementen richten, sondern die klinischen Zeichen der Allgemeinstörung beobachten. Die Wasserzufuhr sollte aus rein natürlichen, oben genannten Gründen verringert werden, und demgemäß erscheint auch eine strenge Milchkur nicht angezeigt. Man darf nach Vf. übrigens auch die „Schonungstherapie“ nicht so weit treiben, daß andere Organe dadurch geschädigt werden. Wegen des Gehaltes an Harnsäure, Purinbasen und Kreatinin untersagt W. Fleischbrühe; dagegen erscheint ihm das Verbot schwarzen Fleisches als nicht begründet.

Bezüglich der chronischen Form will auch hier W. vor allem die allgemeine Konstitution in Betracht gezogen haben, insbesondere sollten die interstitiellen Nephritiden wegen ihres späteren Ausganges in Herzfälle als solche behandelt werden. Deshalb läßt er auch in der Auswahl der Diät hier einen größeren Spielraum bei Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr. Auf Grund der früheren Ausführungen erscheint die Beschränkung der Salzzufuhr W. unnotwendig, wenn auch eine derartige Beschränkung in einzelnen Fällen gute Wirkungen hatte. Frische Früchte und Gemüse erlaubt W.,

erinnert dabei an Noorden, der hier Radischen und Sellerie verbietet, Spargel erlaubt.

Wenn Chittedon und Folin recht haben, müsse man die alte Formel Voits (118 g Eiweiß auf 70 kg Körpergewicht) verlassen; denn ein Exzeß in Eiweiß sei gefährlich bei chronischen Nephritikern. Bezüglich der Schwitzkuren bei akuten Fällen warnt W. vor Ermüdungen. Für chronische Fälle empfiehlt er viel Bewegung in freier Luft zur Unterstützung der Verdunstung durch die Haut, gleichzeitig plädiert er für wollene Kleidung und warnt vor anstrengender Gymnastik, da das Herz bei jeder chronischen Nephritis ohnedies schon große Arbeit zu leisten hat.

Zur symptomatischen Behandlung werden empfohlen Nitrite von Kalium und Natrium, Erythrol. tetranitrat. und Nitroglyzerin, sowie Irrigation des Kolons, Diuretika werden verworfen. Digitalis für Herzsymptome; gibt hiebei dem Infus den Vorzug. Zur Minderung der Spannung der Haut bei Oedem soll die Punktion unter aseptischen Kautelen vorgenommen, Ergüsse in die serösen Höhlen mit Punktion behandelt werden; zur Erleichterung der Dyspnöe, des Schwindels soll aufrechte Stellung bezw. Lage eingenommen werden. Gegen die drohende Urämie werden Alkalien, Venesektio und subkutane und intravenöse Kochsalzinfusion empfohlen.

Bestimmte Fälle eignen sich besonders zur chirurgischen Behandlung, besonders der Dekapsulation, welch letztere man schon im ersten Stadium der Anästhesie vornehmen kann und die nur 3—4 Minuten Zeit erfordern. Für die Nephrektomie scheinen W. besonders Breuvers Fälle geeignet. — (The americ. journ. of the med. sciences, Febr. 1907.)

13. Royer behandelte 800 Scharlachfälle mit Chloralhydrat, das von Wilson 1894 empfohlen worden war; daneben 756 Fälle ohne Chloralhydrat. Das Mittel wurde in Dosen gegeben, daß ständig leichte Somnolenz vorhanden war, und zwar bis etwa 5—6 Tage nach dem Fieberabfall. Es beeinflußte niemals den Kreislauf in ungünstiger Weise und zeigte sich von günstiger Wirkung auf nervöse Symptome und Hautjucken. Was die Wirkung auf die Nieren anlangt, so bekamen von den 800 Patienten mit Chloralhydrat 34 postfebrile Albuminurie, 44, d. h. 5·5%, Nephritis (davon 16 schwere Fälle); von den 756 Kontrollfällen bekamen 43 Albuminurie und 58, d. h. 7·76%, Nephritis (18 schwere Fälle). Also etwas zugunsten der Chloralhydratbehandlung spricht die Statistik, aber doch so wenig, daß Ref. der Ansicht Royers, seine Mitteilung spreche für Anwendung des Chloralhydrats und für weitere Untersuchungen, entschieden widersprechen möchte. Zu bemerken ist noch, daß Fälle mit schwerer Angina in beiden Gruppen mit hohen Dosen Diphtherieheilserum behandelt wurden (5000 J. E.); bei ihnen war Nephritis prozentual häufiger. — (The Therap. Gaz., 15. Jänner 1907.)

14. Unbekannt mit den günstigen Erfahrungen anderer Autoren (Netchaeff, Lemoine u. a.), behandelte Pérez Noguera einen Fall von chronischer Nephritis mit Methylenblau. Es bestand bei dem Patienten allgemeines Oedem mit Aszites, unverändert seit vier Monaten; im Harn 10‰ Albumen bei einer Menge von 300—500 cm³. Behandlung mit Milchdiät und einer ganzen Reihe von Medikamenten (Diuretika, Jodkali, Chinin, Arsen) war ohne Erfolg. Es wurde nun 0·1 g Methylenblau gegeben, lediglich in der Absicht, die Durchgängigkeit der Niere zu prüfen. In der Nacht setzte eine wahre Harnflut ein; die gleiche Dosis am nächsten Tag hatte den gleichen Erfolg, unter wesentlicher Verminderung der Oedeme. Der Kranke erhielt nun dreimal täglich 0·1 g des Mittels: nach 14 Tagen waren alle Oedeme verschwunden und die Albuminurie auf 3‰ zurückgegangen; die Dyspnöe und Blässe waren geschwunden, und man konnte wagen, von der Nephritisdiät abzugehen. Leider verlangte er jetzt, da er sich völlig wohl fühlte, den Austritt aus dem Krankenhause. Die Wirksamkeit des Methylenblaues in diesem Falle kann nicht bezweifelt werden, und jedenfalls fordert die günstige Erfahrung zur Nachprüfung

auf. — (Rev. de Med. y Cir. Práct., 7. Nov. 1906.)

15. Nagel untersuchte rein statistisch auf Grund der an der Kieler Klinik gemachten Erfahrungen, ob und wieweit die gewöhnlich als Schrumpfnierensymptom genannte Polyurie in der Tat als Schrumpfnierensymptom anzusehen ist. Er verfügte zu diesem Zwecke über 53 Fälle von Schrumpfniere, davon 18 nur klinisch als solche diagnostiziert, 33 durch die Sektion sichergestellt. Polyurie wurde in 47% aller Fälle konstatiert; da aber bei sieben Patienten diese Polyurie ihre Erklärung im Schwund von Oedemen findet, so ist diese Zahl auf 33·3% zu reduzieren. Oligurie fand sich ebenfalls in 33·3%. Eine mittlere Harnmenge (zwischen 1000 und 1500 cm³) wiesen 19·6% der Fälle auf. Urämische Symptome bestanden in 100% der Fälle, Retinitis albuminurica in 66·6%, Blutdrucksteigerung in 72·5%, Zylindrurie in 82·3%. Von den sezierten Fällen hatten 93·3% eine Herzhypertrophie; von den nicht Gestorbenen hatten 83·3% eine Verbreiterung der absoluten Herzdämpfung. Nächtliche Polyurie war in 25·5% aller Fälle vorhanden. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 88, H. 4—6, 1907.)

16. Es bestehen keine bestimmten Anhaltspunkte, daß die bei der Ernährung der Nierenkranken geübte Schonungstherapie wirklich auch einen Einfluß auf die Tätigkeit der Nieren ausübt und auf Sediment oder Eiweißmenge nennenswert einwirkt. Das Auftreten der Urämie durch Retention stickstoffhaltiger Substanzen, resp. Abbauprodukte des Eiweißes müssen wir mehr vermuten, als wir es durch exakte Methoden der Kryoskopie beweisen können. Immerhin scheint eine Einschränkung der stickstoffhaltigen Extraktivstoffe der Fleischbrühe und des gebratenen Fleisches bei der Ernährung gerechtfertigt. Dagegen sind nach Ansicht des Vfs. und anderer Forscher die in der Praxis bis jetzt gemachten Unterschiede zwischen weißem und schwarzem Fleisch, die Bevorzugung des Milcheiweißes, das Verbot von Eiern nicht haltbar. Bei Retentionserscheinungen ist dagegen die Zufuhr von Eiweiß, gleichviel welcher Herkunft, möglichst zu beschränken. Ebenso ist die Ernährung möglichst kochsalzarm zu gestalten, sobald Oedeme vorhanden sind, um nicht durch weitere Zufuhr von Kochsalz die Wasserretention zu vermehren. Von einer Vermehrung der Wasserzufuhr ist in allen Fällen, schon um die Herzarbeit nicht zu steigern, Abstand zu nehmen. Schwitzprozeduren sind bei Nephritikern erlaubt. Nicht bloß Wasser, sondern auch Exkretstoffe werden durch die Haut abgegeben und auch direkt die Diurese günstig beeinflußt. Die Diuretika der Purinkörperreihe (Diuretin, Agurin, Theobromin) scheinen in manchen Fällen vielleicht infolge besserer Durchblutung der Niere auf die Eiweißausscheidung wenigstens für eine Zeitlang günstig einzuwirken. Ihre diuretische Wirkung kommt zustande durch die Beförderung der Wasser- und Salzausscheidung. Schädlich wirkt das salizylsaure Natron auf die Niere und kann Albuminurie und Zylindrurie verursachen. Sehr nützlich ist die Hg-Behandlung bei den akuten blutigen Nephritiden im Sekundärstadium der Lues. Nephrotomie und Dekapsulation der Niere hat gelegentlich bei chronischer Nephritis zum Rückgang der Eiweißausscheidung, Besserung des Allgemeinzustandes, ja nach amerikanischen Berichten zur Heilung geführt. Vf. möchte sie aber bloß bei länger dauernder Anurie, sonst auch bei Massenblutungen aus der Niere empfehlen. Bei der klimatischen Therapie ist höhere Wärme und Trockenheit der Luft zu fordern, um die vikariierende Hauttätigkeit anzuregen. Ob eine Einwirkung durch klimatische Kuren, z. B. in Aegypten, auf den Krankheitsprozeß erzielt wird, ist noch zweifelhaft. — (Wien. klin. Rundsch., Nr. 1 u. 2, 1907.)

17. Ueber die Darreichung des Terpentinöls bei Scharlach als Prophylaktikum gegen die Nephritis liegen bereits Literaturangaben vor. Da ihre Schlüsse auseinandergehen, prüfte Jaßny die Wirkung des Mittels auf der Scharlachabteilung des Charkower Kinderspitals, und zwar nur bei schon zum Ausbruch gekommener Nephritis. Die Kranken erhielten während der Zeit keine anderen Medikamente, auch keine Bäder, standen auf



Milchdiät und erhielten in der Milch dreimal täglich 15—25 Tropfen Terpentinöl (Ol. tereb. gall. rectificat. pro usu interno.) Im ganzen wurden 20 Fälle so behandelt. In zwölf lag hämorrhagische Nephritis vor. In acht davon schwand unter dem Einfluß der Terpentinbehandlung das Blut rasch, d. h. innerhalb 1—7 Tagen, aus dem Urin; in zwei Fällen hielt das Blut noch längere Zeit an, während in zwei weiteren Fällen das Blut erst nach Terpentindarreichung auftrat, möglicherweise durch dieselbe verursacht (es verschwand wieder unter Weitergabe des Terpentins nach 6 bezw. 8 Tagen). Die Eiweißausscheidung verschwand unter dem Einfluß des Terpentins in 16 von den 20 Fällen, und zwar innerhalb der ersten sieben Tage in neun Fällen, vom 8. bis 16. Tage in sieben Fällen; aber auch in den Fällen, wo es etwas länger dauerte, verringerte sich schon in 2—3 Tagen die Albuminurie beträchtlich. In einem Falle verschwand das Eiweiß nach 14 Tagen; als darauf das Terpentin ausgesetzt wurde, stellte das Eiweiß sich wieder ein und hielt 30 Tage lang an. Eine Zunahme der Eiweißausscheidung infolge der Terpentindarreichung trat nie ein; jedenfalls geben die Beobachtungen die Berechtigung zur Annahme, daß die Terpentinbehandlung die Nieren nicht schädigt. Auf welche Weise die zweifellose Besserung der Nierenaffektionen durch das Medikament sich erklärt, darüber vermag Vf. keine Rechenschaft zu geben. — (Deutsch. Aerzte-Ztg., Nr. 5, 1907.)

18. Volk gibt die interessante Krankengeschichte eines 30jährigen Mannes, der wegen schwerer Dermatitis exfoliativa und chronisch-parenchymatöser Nephritis längere Zeit in seiner Behandlung stand. Der Verdacht, daß Haut- und Nierenerkrankung Folgen einer vorher wegen Psoriasis vorgenommenen Chrysarobinkur seien, wurde durch den Befund von Chrysophansäure im Harn bestätigt. Letztere fand sich noch nach langer Zeit (mindestens fünf Wochen!) nach Aussetzen der Chrysarobinbehandlung, so daß eine kumulative Wirkung des Mittels angenommen werden muß. Eine genaue Kontrolle des Urins ist daher bei jeder Chrysarobinkur unerläßlich. — (Wien. klin. Wochenschrift, Nr. 40, 1906.)

19. Bei einem 12jährigen Mädchen kam es im Verlauf einer hämorrhagischen Scharlachnephritis zu schweren urämischen Anfällen, die sich im Laufe von 12 Stunden mehrmals wiederholten. Nach dem letzten Anfall Schweißausbruch und tiefer Schlaf. Von da an Urin frei von Eiweiß und Sediment. Rasche Genesung. — (Med. Klinik, Nr. 1, 1907.)

Arteriosklerose.

1. Ein Fall von traumatischer Früharteriosklerose. Von F. Rivalta. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

2. Ueber Arteriosklerose. Von W. P. Herringham. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

3. Experimentelle Erzeugung der Arteriosklerose. Von Dr. Klotz, Montreal. (Diskussion über Klassifikation und experimentelle Erzeugung von Arteriosklerose.) Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

4. Aktive Hyperämie in der Behandlung arteriosklerotischer Gangrän. Von Dr. W. Röpke. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. In dem Falle Rivaltas handelte es sich um einen 29jährigen Mann, der niemals luetisch infiziert war, niemals stark geraucht oder getrunken hatte. Im März 1906 fiel er so heftig vom Wagen herab auf den Kopf, daß er zehn Tage lang bewußtlos lag. Bei der Untersuchung, fünf Monate später, war eine starke Arteriosklerose aller sicht- bezw. fühlbaren Gefäße festzustellen; ganz besonders hochgradig war die Schwellung und Schlängelung der Temporal- und Frontalarterien. Es handelt sich also um einen sicheren Fall traumatischer Arteriosklerose. — (Il Policlin. Sez. med., Nr. 3, 1907.)

2. Schwere Arteriosklerosen gehören nach Herringham ins Bett, wo oft ohne jede weitere Behandlung ernste Symptome sich bessern. In leichteren Fällen dagegen sollte alles angewendet werden, um ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhüten. In der Lebensweise sollte zunächst das Rauchen gänzlich verboten werden, da es blutdrucksteigernd wirkt. Der Patient soll früh aufstehen,

da Bewegung bei nüchternem Magen den Stoffwechsel lebhaft anregt; ferner soll er methodische Körperübungen vornehmen, die das Muskelsystem kräftigen. Von Medikamenten nützen oft eine Zeitlang Nitrite sowie Nitroglyzerin (1—2 Wochen lang); zu längerem Gebrauch eignet sich Jodkali. Kein Medikament erreicht jedoch die Wirkung des Kalomel. In kleinen Dosen von 0·03—0·06 jeden Abend eine Zeitlang gegeben, wirkt es weniger als Purgativum denn als „Alterativum“, indem es die Psyche belebt (?) und damit den Blutdruck (der bei melancholischen Zuständen meist hoch ist) günstig beeinflußt. Alkalien wirken diuretisch, was oft in den betreffenden Fällen erwünscht ist. — Weit wichtiger als all dies ist die Diät. Keine Milchdiät, die wegen der großen Flüssigkeitszufuhr den Blutdruck steigern würde, sondern eine solche von Milch, Brot, Butter, Pudding, Tee, enthaltend etwa ·70 g Eiweiß. Sie führt zu einer Herabsetzung des Blutdruckes. In manchen Fällen mag die Herabsetzung der Eiweißzufuhr daran schuld sein, in anderen mag es mehr eine günstige Wirkung des Milcheiweißes sein. — (The Brit. Med. Journal, 12. Jänner 1907.)

3. Das Ergebnis der Experimente Klotz' sind folgende:

1. Die Wirkung der Mittel, die hohen Blutdruck erzeugen (Adrenalin, Chloride, Baryum-Chloride, Digitalin), auf die Arterien ist eine degenerative, wie sie von Fischer und Erb für Adrenalin beschrieben wurde.

2. Die Muskelzellen der Media werden zuerst angegriffen, während die elastischen Fasern dieser Schichte später ergriffen werden.

3. In einem bestimmten Stadium der Degeneration können fettige Veränderungen in den Geweben, gefolgt von Verkalkung, gezeigt werden.

4. Die mittlere Zone der Media ist immer beteiligt.

5. Gelegentlich treten in der Intima sekundäre Veränderungen mit proliferierendem Charakter auf.

6. Die Wirkung des Adrenalins wird nicht aufgehoben bei Erniedrigung des Blutdruckes durch Nitroglyzerin.

7. Die Aneurysmen entstehen als Folge der Destruktion der Media.

8. Die Veränderungen bezw. experimentellen Läsionen sind in jeder Beziehung ähnlich dem Moenkebergschen Typus der Arteriosklerosis.

9. Die Wirkung des Diphtherietoxins auf die Arterien ist ähnlich der des Adrenalins.

10. Typhus- und Streptokokken-Infektionen rufen wenig Destruktion im Zellgewebe hervor, aber neigen dazu, die Proliferation in der Intima und in der inneren Mediaschicht anzuregen.

11. Die durch letztere Infektionen hervorgebrachten Gefäßveränderungen korrespondieren mit der von Jores beschriebenen Arteriosklerosis.

12. Entgegen den allgemeinen Schlußfolgerungen Thomas zeigen des Vfs. Experimente, daß hier bestimmt eine Form der Arteriosklerose vorliegt, bei welcher nicht eine vorläufige Schwächung der Media, sondern eine primäre Proliferation in der Intima mit Einschluß der muskulo-elastischen Schicht der Hauptzug ist. In welcher Ausdehnung dieser wesentlich proliferierende Typus auf die menschliche Aorta und andere Gefäße übertragen werden kann, muß eine offene Frage bleiben. Zweifellos ist in den mittelgroßen Arterien der Moenkebergsche Typus der Mediadegeneration allgemein. Ebenso zweifellos begegnen wir bei Syphilis und in anderen Fällen einem sekundären, adaptiven oder kompensatorischen Ueberwuchern der Intima, sekundär in Beziehung zur Degeneration der Media. Die Diskussion, an der sich Dr. Pearce, Prof. Clifford-Albutt und Professor Adami beteiligten, ist zu umfangreich, um angeschlossen werden zu können. — (The Brit. Med. Journ., 22. Dez. 1906.)

4. Röpke beschreibt einen Fall von arteriosklerotischer Gangrän, bei dem auch nach Exartikulation der befallenen Zehe der gangränöse Prozeß langsam weiter fortschritt. Nach mehrtägiger Hyperämisierung des Fußes konnte eine dauernde Pulsation der Arteria dorsalis pedis, die vorher nicht vorhanden gewesen war, nachgewiesen werden. Die Wunde



heilte und die übrigen durch die Ernährungsstörung bedingten Gewebsveränderungen schwanden bis auf leichte Parästhesien. R. hält die aktive Hyperämie für ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel zur Entscheidung, ob man speziell bei Amputationen nach Gangrän noch mit der möglichst gering verstümmelnden Operation auskommen kann. Die häufig ausgeführten, ganz schwach antiseptischen heißen Fußbäder sorgen für möglichste Reinigung der gesetzten Wundfläche. Die fortgesetzte Hyperämisierung kann eine Besserung der Ernährungsverhältnisse des Gewebes herbeiführen, so daß dadurch einmal dem Fortschreiten der Gangrän eine Grenze gesetzt wird und weiterhin eine Beeinflussung der Wunde im Sinne der rascheren Heilung erreicht werden kann. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 14, 1907.)

Unsere Erfahrungen mit „Calmyren". Von Ferd. Rosenthal. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Calmyren, von der Apotheke zur „Austria" in Wien hergestellt, besteht aus Extr. Valerian, Chinin. ferrocitric., Camphor. pulv. aa 5·0, Pepsin. germ. 10·0, Extract. Condur. 5·0, in Pillenform. (Wieviel Pillen diese Mischung gibt, wird nicht gesagt.) In einer Dosis von meist dreimal täglich 2 Pillen hat F. Rosenthal das Mittel in zirka 120 Fällen, von denen sechs mitgeteilt werden, versucht, und empfiehlt es als Antihysterikum, als unschädliches und prompt wirkendes Heilmittel bei Neurasthenie, Hysterie und Neurosen. — (Aerztl. Zentral-Ztg., Beilage 9, Februar 1907.)

Ueber die Behandlung von Stauungszuständen, Hydrops, mit diuretischen Mitteln, insbesondere mit Urozitral. Von R. Fuchs, Bleistadt. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Fuchs hat ein von der Firma Rump & Lehners, Hannover, in den Handel gebrachtes Theobrominpräparat, das Urozitral, einer Prüfung unterzogen. Es ist eine Verbindung von Theobromin-Natrium mit Natriumzitrat, enthält 45% Theobromin, und wird als Pulver, in Tabletten oder in Lösung mit Aq. Cinnamomi gegeben. Das Präparat muß vor Luftzutritt und Feuchtigkeit geschützt, darf nicht mit sauren Fruchtsäften zusammen verordnet werden. Die Tagesdosis ist 2 bis 3 g. Vf. berichtet über zehn Fälle und kommt zu dem Schlusse, daß das Urozitral ein mächtiges Diuretikum ist, das „noch oft dort seine Wirkung in staunenswerter Weise äußert, wo Digitalis, Diuretin, Agurin und die anderen Diuretika im Stiche lassen. Es zeigt keine üblen Nebenwirkungen, auch nicht bei längerem Gebrauch. Es ist indiziert bei allen mit Hydropsien einhergehenden Krankheiten, sollte aber auch bei Asthma cardiale und Angina pectoris versucht werden. Es kostet 25 Pfg. per Gramm, 1·90 Mk. per 10 g (Diuretin 1 g 25 Pfg., Theophyllin 1 g 35 Pfg., Agurin 1 g 45 Pfg.). — (Reichsmedizinalanzeiger, Nr. 1, 1907.)

Chirurgie.

Lumbalanästhesie.

1. **Ueber Medullaranästhesie.** Von Dr. Lüning, Zürich. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
2. **Die Höhenausdehnung der Spinalanalgesie.** Von Dr. Dönitz. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
3. **Erfahrungen mit der Lumbalanästhesie.** Von Dr. Lindenstein. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
4. **Zur Frage der medullären Anästhesie.** Von Dr. Oskar Brehm. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
5. **Prophylaxe und Therapie der Kopfschmerzen nach lumbaler Anästhesie.** Von Dr. Offergeld. Ref. G. Wiener, München.
6. **Augenmuskellähmungen nach Lumbalanästhesien.** Von Dr. Ach, München. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
7. **Ueber Lumbalanästhesie mit Tropacocain.** Von Dr. Paul Bosse. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. Gelegentlich der Vorstellung einer Patientin in der Gesellschaft der Aerzte in Wien verbreitete sich Vf. des näheren über die Medullaranästhesie und seine Erfahrungen bei der betreffenden Patientin. Der Vortragende sah sich zu einem Versuche mit der Lumbalanästhesie gedrängt, der er bis dahin (wie übrigens auch die

sämtlichen Zürichischen chirurgischen Kollegen, die er um ihre bezüglichen Erfahrungen befragte) ablehnend gegenübergestanden war, eingedenk der dringenden Warnungen des Erfinders der Methode Bier selbst vor den Gefahren derselben, sowie des Warnrufes von Dumont (Corr.-Bl. 1900, Nr. 19). Vf. schreibt hinsichtlich der Methode von Stolz: Asepsis mit Vermeidung aller Antiseptika für die Instrumente, auch der Soda beim Auskochen. Das Tropakokain wird (von Vf. in der Dosis von 0·06) in graduierten Fläschchen durch Erhitzen auf 120° sterilisiert, die Lumbalpunktion nach bekannten Regeln im Liegen zwischen dem dritten und vierten Lendenwirbel vorgenommen, und zwar mit Troikart, da man häufig an den Knochen gerät und so lange und dünne Hohlnadeln sich verbiegen und brechen können. Der ausrinnende Liquor, und zwar 5·0 desselben, wird direkt in dem mit Tropakokain beschickten Fläschchen aufgefangen, durch Umrühren mit steriler Hohlnadel letzteres gelöst, in eine Glasspritze gezogen und langsam in die noch steckende Troikarhülse injiziert. Kollodiumverband. (Demonstration des Instrumentariums.) Lünings Erfahrungen, wenn auch an Zahl geringer, haben folgendes bestätigt: die Anästhesie ist nach 8—10 Minuten komplett, entwickelt sich in der bekannten segmentären Reihenfolge, mit den untersten Sakralsegmenten (Anal- und Genitalgegend) beginnend und (bei genannter Dosis) mit dem ersten Lumbal- respektive zwölften Dorsalsegment abschließend. Anästhetisch wird dabei außer den Beinen der Unterrumpf bis gegen Nabelhöhe (wechselnd). Die Anästhesie, d. h. die Aufhebung des Schmerzgefühls, ist eine komplette im genannten Gebiete und dauert 50—60 Minuten; der Wiedereintritt der Sensibilität vollzieht sich in umgekehrter segmentärer Reihenfolge wie das Erlöschen. In seinen sämtlichen Fällen handelte es sich um gynäkologische Operationen, für welche sich die Medullaranästhesie wegen der Sicherheit, mit welcher sich das betreffende Gebiet anästhesieren läßt, in erster Linie eignet. Die Indikation zur Umgehung der Allgemeinnarkose gaben Nieren- und Herzleiden, einmal der Wunsch bei einer etwas korpulenten Dame, zwei kurz aufeinanderfolgende Inhalationsnarkosen zu vermeiden. In allen Fällen war die Anästhesie eine komplette und für die Ausführung der Operation ausreichende. In allen Fällen war sie vollständig frei von irgendwelchen üblen Begleiterscheinungen, und es sprachen sich fast alle Patientinnen sehr befriedigt darüber aus, namentlich diejenigen, welche vorher schon Inhalationsnarkosen durchgemacht hatten. In einem Falle kam es zu erheblicheren Nachwehen, nämlich Erbrechen und starke Kopfschmerzen am Nachmittage der Operation. In diesem Falle, bei welchem die Punktion nur 2·0 Liquor erzielte, wurde dieser durch Zusatz von steriler physiologischer Kochsalzlösung auf 5·0 gebracht, dabei wurde das rechte Bein weniger analgetisch; hier gab man der Aethernarkose den Vorzug. Bei den übrigen waren die Nachwehen gering und ebenfalls auf den Nachmittag des Operationstages beschränkt, zweimal leichte Uebelkeit, einmal ein Exanthem, einmal ein Kollaps, der eine Kampferinjektion erforderte; bei einem Falle handelte es sich um eine schwer nierenkranke und fiebernde Patientin, die bei der Operation zeimlich viel Blut verloren hatte. Die Dosis und Applikationsweise war in allen Fällen gleich (0·06).

Nach Vorausstellung dieser seiner eigenen Erfahrungen gibt der Vortragende noch ein orientierendes Referat über die Geschichte und den allmählichen Ausbau der Methode. Das Verfahren als Lösungsmittel die eigene Spinalflüssigkeit des Patienten zu verwenden, fanden alle Autoren sehr zufriedenstellend und bestätigen die relative Seltenheit und Milde der beobachteten Nachwirkungen, und dürfte es sich nur noch fragen, ob Tropakokain oder Stovain in Verbindung mit Adrenalin den Sieg davontragen werde. Nach verschiedenen Mitteilungen am Chirurgenkongreß 1905 zeigte doch das Stovain, allerdings in wässeriger Lösung, ziemlich häufige und in einzelnen Fällen recht unangenehme Nachwirkungen (mehrwöchentliche Kopfschmerzen). Alles in allem ist die Medullaranästhesie auch heute noch keineswegs imstande, die Allgemeinnarkose generell



zu verdrängen. Ihre Technik ist aber bereits so verbessert, daß sie imstande ist, wenn letztere kontraindiziert, sie zu ersetzen, wenigstens für Operationen an der unteren Körperhälfte bis zur Darmbeinschaufel. Ihre Triumphe feiert sie besonders bei alten und heruntergekommenen Leuten, die sie auffallend gut ertragen (Czerny), namentlich bei Operationen im Gebiete des Plexus sacralis. Laparotomien, die übrigens häufig schon damit ausgeführt worden sind, will Bier selbst vorläufig noch ausgeschlossen wissen, da sie eine höhere Dosis und höhere Applikationen erheischen und deshalb gefährlicher sind. Jedenfalls ist Beckenhochlagerung nur bei Kombination mit Adrenalin zulässig. — (Sep.-Abdr. a. d. Korr.-Bl. f. Schweizer Aerzte, Nr. 22, 1906.)

2. Vorbedingung für das sichere Eintreten hoher Anästhesien ist, daß man die Injektion in den Liquorraum an der Hinterseite der Kauda macht. Von Einfluß auf die Höhenausdehnung der Anästhesie sind ferner die Lageänderung, die Blutdruckverhältnisse im Schädelinnern und die Menge des Lösungsmittels für das Anästhetikum. Außerdem bewirken größere Dosen des Anästhetikums höhere Anästhesien und schließlich ist die absolute Menge des vorhandenen Liquors von Einfluß. Die Lage der Kranken ist belanglos; das ursächliche Moment ist der Lagewechsel. Eine abnorme Füllung der Schädelvenen bei der Tieflagerung scheint die Höhenausbreitung der Anästhesie zu beschränken. Den umgekehrten Einfluß hat eine Verminderung des Blutdruckes in der Schädelhöhle. Zur Erzielung höchster Anästhesien wird das Tropakokain in größeren Liquormengen gelöst. Zur Verwendung kamen 1—10 cm³. Der Eintritt höchster Anästhesie kann durch Stauungsbinde und erschwerte gewaltsame Einatmung unterstützt werden. Die Ursache der oft unangenehmen Begleiterscheinungen bei hohen Anästhesien ist in einer Allgemeinvergiftung durch die Blutbahn zu sehen. Die untere Hälfte des Lumbalsackes ist bei alten Leuten, die obere dagegen bei jüngeren Menschen geeigneter für die Lumbalanästhesie, was die akuten Gefahren anlangt. Die Nacherscheinungen sind in beiden Fällen bei alten Leuten durchschnittlich geringer. Zur Injektion wird verwendet eine 5%ige Tropakokainlösung, die in Glastuben zu 1·25 cm³ gebrauchsfähig sterilisiert in den Handel kommt, von denen jedoch nur 1 cm³ injiziert wird. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 48, 1906.)

3. Bericht über 100 Fälle aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Nürnberg, bei denen die Lumbalanästhesie zur Anwendung kam mit 13 Versagern. Die Injektion geschieht bei Operationen an Darm und Genitalien zwischen drittem und viertem, bei allen anderen Operationen zwischen zweitem und drittem Lendenwirbel. Lagerung für Operationen am Darm horizontal, sonst Beckenhochlagerung; diese wird aufgehoben, sobald das Operationsgebiet völlig unempfindlich ist. Als Injektionsmittel diente in 42 Fällen Stovain in Dosen von 1—1·5 cm³ der in Ampullen fertigen und sterilen Lösung von 4%, also 0·04—0·06 Stovain. Dann wurde ausschließlich Novocain benützt in einer Dosis von 2—2·5 cm³ einer 5%igen Lösung. Novocain übt keine nachteilige Wirkung auf die Gewebe aus und läßt sich auch mit Vorteil zur Infiltrations- und Leitungsanästhesie verwenden (0·25%ige Lösung). Von Nach- und Nebenwirkungen traten Kopfschmerzen und Erbrechen auf. Dem Verfahren wurden unterworfen Operationen am After und den Genitalien, Hernien, eine Appendicitis und eine Laparotomie wegen Ovarialtumors. Anästhesie trat meist nach 5—10 Minuten auf. Bei allen aufgeregten und sensiblen Patienten und ebenso bei Alkoholikern ist die Einspritzung einer kleinen Dosis Morphium zu empfehlen, auch nach der Operation soll dies der Fall sein. Unter 16 Jahre solle man nicht heruntergehen. Kontraindikationen boten im Körper vorhandene Eiterungen, Luetiker im ersten bis zweiten Stadium. Die Schmerzlähmung dauerte gewöhnlich 1—1½ Stunden, die Motilitätsstörung kurze Zeit länger. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45, 1906.)

4. Nach einer kurzen Uebersicht über die historische Entwicklung der Lumbalanästhesie, schildert Brehm die Re-

sultate, die auf der I. medizinischen Abteilung des Stadtkrankenhauses zu Riga mit dieser Methode erzielt wurden. Zuerst wurde im Jahre 1904 die medulläre Anästhesie angewandt, und zwar mit Kokaininjektionen. Dieselben wurden aber bald wegen der üblen Nach- und Nebenwirkungen verlassen und durch Stovain ersetzt. Brehm verfügt über zirka 70 Fälle. Er faßt seine Erfahrungen in das Urteil zusammen, daß die Methode sehr wertvoll sei in den Fällen, wo aus irgend einem Grunde die Allgemeinnarkose gefährlich erscheint; sie erweitert dadurch die Grenzen des operativen Könnens ganz bedeutend und gestattet uns, eine ganze Reihe von Kranken zu operieren, bei denen wir früher den Eingriff ablehnten, z. B. bei Greisen mit Hernien. Sie erscheint besonders am Platze bei Greisen und dekrepiden Leuten, bei Nephritikern, Diabetikern und Herzleidenden. Nicht anwenden soll man die Methode bei Erkrankungen des Rückenmarks, bei Pyämischen und bei Kindern. Das Stovain kommt in Glasampullen in den Handel, die 2 cm^3 einer 4%igen Stovainlösung, mithin 0·08 reines Stovain enthalten, dazu noch 0·0022 Kochsalz und 0·00026 Epirenan. Diese Ampullen sollen nicht mehr gekocht werden, sie sind sterilisiert vor dem Zusatz von Epirenan, welches das Kochen nicht verträgt. Die erlaubte Dosis des Stovains soll 0·056 nicht überschreiten. Von den Operationen, für die die Lumbalanästhesie in Anwendung kam, nimmt die Radikaloperation nach Bassini mit 17 Fällen die erste Stelle ein. — (St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 46, 1906.)

5. Von 40 Fällen geburtshilflicher Narkose mit Hilfe der Medullaranästhesie klagten 22 Wöchnerinnen über Kopfschmerzen, die meistens ein paar Stunden nach der Injektion auftraten und 24 bis 36 Stunden anhielten. Die verschiedenen internen Mittel, auch Elektrizität und Morphium, halfen nicht viel. Die Kopfschmerzen traten bei Stovain in 72%, bei Novokain in 41% der Fälle auf. Durch Versuche an Kaninchen kam der Vf. zu der Ueberzeugung, daß neben Hochlagerung des Kopfes eine druckentlastende Lumbalpunktion anzuwenden sei, welche durch Herabsetzung des stark vermehrten Druckes im Duralsack direkt kurativ wirkt. Der Vf. sah in 17 Fällen (sechsmal bei Novokain und elfmal bei Stovain) nicht einmal einen Versager. Der Erfolg trat prompt in 30—40 Minuten ein. — (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 10, 1907.)

6. Im Anschluß an 400 Lumbalanästhesien wurden vier Fälle von Abduzensparese beobachtet. Die ersten drei wurden von Dr. Hauber bereits im Arch. f. klin. Chir. veröffentlicht. Es handelte sich um drei Fälle nach Stovaininjektion (0·04) und einen Fall nach Tropakokaininjektion (0·06). Bei drei Fällen war eine einseitige, einmal eine doppelseitige Parese vorhanden. Die Paresen traten am 8., 4., 7., 11. Tage nach der Operation auf. Die Dauer war drei Wochen, 43 Tage, 6 Tage, 8 Tage. Zugleich waren bei allen Fällen sehr heftige Begleiterscheinungen (starke Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen, Schlaflosigkeit) vorhanden. In einem Falle dauerte die Anästhesie $^1/_2$ Stunde, in zwei Fällen war die Anästhesie nicht vollständig, im letzten Falle war überhaupt keine Anästhesie aufgetreten. Vf. führt dann die bisher veröffentlichten Fälle von Augenmuskellähmung nach Lumbalanästhesie auf. Bezüglich der Aetiologie der Abduzenslähmungen scheint dem Vf., daß, was seines Erachtens bei der Beurteilung derartiger Störungen das nächstliegende ist, die anatomischen Verhältnisse, zu wenig berücksichtigt wurden. Von der ohnehin geringen Menge des injizierten Anästhetikums werde sicherlich stets ein mehr oder weniger großer Teil, sei es chemisch oder physikalisch, von der Nervensubstanz gebunden und so dem weiteren Transport im Subarachnoidealraume entzogen. Man könne sich vorstellen, daß in vielen Fällen die ganze eingebrachte wirksame Substanz schon in den unteren Partien des Subarachnoidealraumes gebunden wird, so daß überhaupt nichts nach oben gelangt. Die Menge des eingebrachten Anästhetikums einerseits und die Sättigungsgrenze der Nervensubstanz anderseits sind die maßgebenden Faktoren für die Beteiligung dieses Momentes. Vf. vertritt die Ansicht, daß die Lähmung durch Einwirkung des

Giftes direkt auf den Nerven zustandekommt, gerade so wie der Atmungsstillstand in einzelnen Fällen, wie von anderer Seite erwähnt, auf Phrenikuslähmung zurückzuführen ist und nicht etwa auf Lähmung des Atmungszentrums beruht.

Das späte Auftreten der Lähmungen ist vielleicht einesteils mit dem langsamen Fortschreiten der Flüssigkeit durch die physiologischen Engen, andernteils damit zu erklären, daß die Flüssigkeit durch die Arachnoidea diffundiert und auf die Nerven noch während seines Verlaufes zwischen Dura und Arachnoidea einwirkt, oder es handelt sich um die Wirkung von Abbauprodukten des Anästhetikums, die auf die relativ dünnen Nerven in langer Ausdehnung chemisch einwirken und vielleicht eine Art Neuritis erzeugen.

Bei Nerven, die rasch die Dura durchbohren, werden wir voraussichtlich keine Störungen bekommen, wenigstens bei Anwendung von kleinen Dosen des Anästhetikums. Bei größerer Dosis würde allerdings ein noch weiteres Vorschreiten an der Schädelbasis, also auch eine Schädigung der ersten fünf Gehirnnerven, bei denen besondere Erfordernisse, Lagerung in einer Zysterne, langer Verlauf im Liquor mit spätem Durchbrechen der Dura, vorliegen, und vielleicht infolge Einwirkung in größerer Konzentration auch eine Beteiligung der mehr seitlich gelegenen und die Dura rasch verlassenden übrigen Gehirnnerven (Akustikus, Fazialis, Vagus etc.) im Gefolge haben.

Es ist deshalb

1. von allen zur Lumbalinjektion empfohlenen Mitteln das harmloseste zu wählen, das Tropakokain, auf keinen Fall das Stovain, das einen stärkeren Einfluß auf die motorischen Nerven ausübt;

2. sind die kleinen Dosen des Anästhetikums beizubehalten;

3. sind keine konzentrierten Lösungen zu gebrauchen;

4. ist nach der Injektion unbedingte Ruhe in Rückenlage, womöglich mit erhöhtem Oberkörper (wenigstens nach der Operation) notwendig, da sonst die physiologischen Engen passiert, der Bereich der toxischen Wirkung vergrößert und somit die Gefahr bedeutend erhöht wird. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13, 1907.)

7. B o s s e berichtet über 60 Operationen, bei denen zwecks Rückenmarksanästhesie ausschließlich Tropakokain in 5%iger Lösung mit einem Zusatz von 0·6 Na Cl (Merck, Darmstadt) zur Verwendung kam. Die Resultate sind als gute zu bezeichnen. Mit Ausnahme von vier Versagern, die auf Fehlern der Technik und falscher Auswahl des Materials beruhten, wurden immer genügende, meist sehr gute Anästhesien erzielt. Während der Operation wurden nie üble Zufälle beobachtet; was die Nach- und Nebenerscheinungen anbetrifft, so waren diese im Vergleich zu denen der anderen Autoren, die sich des Stovains, Alypins etc. bedienten, geringfügig. B o s s e zieht das Tropakokain den anderen Injektionsflüssigkeiten vor, zumal seine Wirkung mindestens die gleiche, ja sogar eine bessere ist; denn wenn man hohe Anästhesien bis zum Halse erzielen will, so ist das Stovain wegen seiner die Atmung lähmenden Wirkung direkt kontraindiziert. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5, 1907.)

Eine Modifikation der Bassinischen Radikaloperation der Hernien. Von Dr. Th. P a p a ï v a n n o n. Ref. Max J a c o b y, Mannheim.

Vf. spaltet nach Freilegung der äußeren Leistenringe und sorgfältiger Isolierung des Bruchsackes vom Samenstrang die Aponeurose des Obliquus externus etwa $2^1/_2$—3 cm oberhalb des P o u p a r t-schen Bandes und parallel zu demselben. Durch diese modifizierte Schnittmethode wird der Stumpfsack in einer Höhe von $2^1/_2$—3 cm oberhalb der am inneren Leistenringe stattfindenden Austrittsstelle des Samenstranges fixiert und durch vier oberhalb und unterhalb derselben gemachte Sicherheitsnähte eine starke und feste Muskelwand gebildet, hinter welcher der Stumpfsack fest angelegt ist. Durch die modifizierte Schnittlage kommt die Naht der Aponeurose nicht auf der Naht zwischen Muskel und P o u p a r t schem Band zu liegen, sondern 2 cm über derselben. Sollte eine Lockerung der inneren Naht vorkommen, so ist damit nicht eine

Lockerung der Aponeurosennaht verbunden. Auch bildet sich infolge dieses Schnittes keine Verengerung am äußeren Leistenring und somit entgeht man einer Infiltration des Samenstranges, die sonst oft nach Radikaloperationen auftritt. Vf. hat diese modifizierte Bassinische Operationsmethode mit gutem Erfolge in 89 Fällen, unter denen sich 54 Skrotalhernien verschiedener Größe befanden, angewendet. Er hat stets primäre Heilung ohne Infiltration und Schädigung des Samenstranges erzielt und keine Rezidive beobachtet. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14, 1907.)

Heilungsergebnisse von Patellarfrakturen. Von Dr. Landwehr, Köln. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Nach Zusammenstellung des Ganges der Verhandlungen über die Therapie der Patellarfrakturen auf den Chirurgenkongressen 1905 und 1906 berichtet Vf. über die Art der Behandlung der Patellarfrakturen. Im Kölner Bürgerhospital wurde lange Jahre individualisierend vorgegangen: Bei ausgiebiger Zerstörung des Streckapparats die offene Naht ausgeführt, die Operation nach Schanz der Prüfung unterzogen, bei geringen Diastasen der Gipsverband für genügend erachtet, die Malgaignesche Klammer nicht verschmäht und endlich in geeigneten Fällen der Extensionsverband nach G. R. Bardenheuer angewandt. Lange gebrauchte man diesen nur ab und zu, erst in den letzten Jahren kam er mehr prinzipiell in Uebung und kann in Ehren neben den mehr oder weniger operativ vorgehenden Maßnahmen bestehen. Bei Kenntnis der Resultate werde niemand auch die rein mechanische Therapie experimenti causa für unerlaubt erklären können. Die Naht mit Eröffnung des Gelenkes wurde in der Regel 8—10 Tage nach der Verletzung ausgeführt, und zwar diente als Nahtmaterial regelmäßig Katgut. Behufs erhöhter Garantie für die Asepsis wurden statt enes dicken Fadens deren zwei von entsprechend geringerem Kaliber angewendet, im übrigen aber nach den allgemein üblichen Prinzipien verfahren. Bei einem der Patienten kam Bronzesilberdraht in Verwendung, jedoch wurde die Naht nach erfolgter Konsolidation operativ wieder entfernt. Was das spezielle Verfahren der Extensionsbehandlung anbetrifft, so waren für seine Anwendung die in Bardenheuers „Technik der Extensionsverbände" (Enke, 1905) angegebenen Regeln maßgebend. Bei starkem Hämarthros wird derselbe punktiert, sonst vorbeugend der Heftpflasterverband sofort appliziert; dabei werden die nach Art der schrägen Schnittlinie beim Zerteilen eines Brotlaibes von oben nach unten her die Streckseite des Gelenkes deckenden Heftpflasterstreifen (ähnlich dem „Schmetterlingsverband" v. Bramanns) nicht für unwichtig gehalten, ebenso wie neuerdings getroffene Aenderungen in der Herstellung des Quadrizepszuges, welche größere Beeinflussung dieses Muskels, d. h. Verringerung der Fragmentdiastase, verbürgen. 3—4 Wochen Verband und Bettruhe erachtet man unter gewöhnlichen Verhältnissen für genügend. Die Entlassungsresultate seien im übrigen in sehr vielen Fällen für eine Beurteilung der Methode sehr ungeeignet und auch der anatomische Befund läßt zu dieser Zeit meist keinerlei bestimmte Vorhersage geben, bezüglich des in vielleicht erst ferner Zeit erreichbaren Dauerresultats. In dieser Hinsicht möchte Vf. auf einen Umstand aufmerksam machen, der auch bei dem Chirurgenkongreß 1906 Vertreter fand: Ligamentöse Heilung ist ohneweiters kein fehlerhaftes Resultat: die Funktion des Knies in derartigen Fällen kann eine ideale sein oder werden. In knöcherner Konsolidation soll man in bestimmten Fällen (vor allem bei alten Leuten) keine Ehre suchen, zumal diese Leistung in zahlreichen Fällen gar nicht verlangt, die Unterstützung durch das Messer aber abgelehnt wird. Zum Beweise seiner letzten Bemerkungen gibt Vf. Zusammenstellungen von Fällen, über die er genaue Angaben über die Enderfolge der Heilbestrebungen im Bürgerhospital machen kann. Aus diesen Tabellen geht hervor, daß das individualisierende Vorgehen in der Behandlung der Kniescheibenbrüche berechtigte Rücksichtnahme verdient, denn mit den unblutigen

Maßnahmen sind in zahlreichen Fällen von Patellarfraktur gleich gute Erfolge zu erzielen wie mittels der Operation. Zudem werden die Gefahren einer Methode vermieden, die auf absolute Zulässigkeit nicht Anspruch machen kann. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1907.)

Ueber subkutane Darmrupturen. Von A. v. Khautz jun. (Aus der II. chirurg. Abteilung der k. k. Rudolfstiftung.) Ref. F. Perutz, München.

Die Darmverletzungen waren durch stumpfe Gewalt (Hufschlag, Deichselstoß, Ueberfahren) hervorgerufen worden. Von den sieben Operierten starben vier, drei wurden geheilt. Die Beschwerden direkt nach dem Trauma sind manchmal relativ gering, längere Shokwirkung wurde meist vermißt, heftigere Schmerzen und Erbrechen trat erst nach einigen Stunden ein, die Schwere des Zustands wurde deshalb mehrmals von dem erstbehandelnden Arzt verkannt. Als wichtigstes Symptom ist die reflektorische Rektusspannung, das Ansteigen des Pulses, die thorakale Atmung zu nennen. Zunehmende Anämie spricht für innere Blutung. Urinretention wurde in den vorliegenden Fällen vermißt. Die Prognose der Darmruptur ist bei Operation in den ersten zwölf Stunden relativ günstig, darum soll jeder Fall von schwerer Bauchkontusion sofort in ein Krankenhaus überführt und dort, sobald eine schwere innere Verletzung auf Grund der genannten Zeichen mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, laparatomiert werden. Die Bauchhöhle ist mit großen Mengen heißer Kochsalzlösung auszuspülen; das Eintreten von Darmlähmung macht eventuell die Vornahme einer Enterostomie notwendig. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 14, 1907.)

Augenheilkunde.

Ueber eine Bindehautentzündung bei Erythromelalgia. Von Hilbert. Ref. Jänner, Wien.

Eine 45jährige, grazil gebaute, schlecht genährte, blasse, bisher gesunde Frau erkrankt, und zwar verfärben sich die äußersten Glieder sämtlicher Finger und Zehen blaurot, sind prall gespannt und der Sitz starker Schmerzen. Gleichzeitig tritt so wie die geschilderte Erkrankung auch an den Augen ebenfalls ohne jede nachweisbare Ursache starkes Oedem aller Lider auf, die Lidhaut ist blaurot, die Lider selbst sind bretthart, äußerst schmerzhaft sowohl spontan als auch bei Berührung. Zwischen den auseinandergehaltenen Lidern stürzen heiße Tränen hervor. Die Bindehäute der unteren Lider gerötet, geschwollen, samtartig aufgelockert, in den Tiefen der Bindehautsäcke Schleimfäden, Conjunctiva bulbi kaum injiziert, keine Lichtscheu. Das übrige Auge vollständig normal. Kein Fieber.

Die Einträufelung einer 1%igen Zinksulfatlösung wird ebenso schlecht wie die eines Kollyriums von Hydrarg. oxycyanat. vertragen; dagegen verschwinden sowohl die Augensymptome als auch die Erkrankung an den Extremitäten nach Anwendung kalter Umschläge (innerhalb 14 Tagen) und intern Syr. ferr. jod. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, 9. Jahrg., Nr. 25.)

Furunkelmetastase in der Iris. Von Fritz Schanz. Ref. Jänner, Wien.

Der an der rechten Schläfe bestehende Furunkel wird inzidiert, trotzdem entwickelt sich ein subfaszialer Abszeß. Dieser senkt sich bis ans Schlüsselbein, dort wird er geöffnet. Beide Wunden heilen, aber vor dem Ohr kommt es zur nochmaligen Ablenkung des Eiters, und von hier aus entsteht eine eitrige Metastase in der Iris des Auges auf der anderen Seite. Diese Metastase erzeugt eine Furunkelbildung in der Iris. Der Furunkel platzt, ein Teil des Eiters entleert sich in die Vorderkammer. Bei der Eröffnung der Kammer entleert sich nur ein Teil des Eiters, durch Irrigation löst sich der andere in einem Klumpen und läßt sich als solcher aus der Vorderkammer entfernen; hierauf wird die Kammer mit kolloidaler Silberlösung ausgespült. Die Entzündungserscheinungen gehen alsbald zurück, in wenigen Wochen bekommt Patient ein reizfreies Auge mit guter Sehschärfe.

Dieser Verlauf ist in mehrfacher Hinsicht interessant:

a) die vom Furunkel verschleppten Bakterien erzeugen in der Iris wieder eine Affektion, die ganz unter dem Bilde der Furunkelbildung verlaufen ist,

b) aus der Metastase konnten dieselben Bakterien wie aus dem primären Herd gezüchtet werden,

c) die konoidale Silberlösung wird ohne Reizerscheinungen oder Schädigung in die vordere Kammer eingeführt und übt auch hier ihre bakterizide Wirkung aus. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, Nr, 39, 1906.)

Ueber plötzliche Erblindung infolge Neuritis retrobulbaris als Frühsymptom der multiplen Sklerose. Von v. Rad. Ref. Jänner, Wien.

Optikusaffektionen sind im Verlaufe der multiplen Sklerose außerordentlich häufig, nach Uhthoff in 56% der Fälle; sie können isoliert auftreten und den übrigen Erscheinungen des Leidens viele Jahre vorausgehen. Zumeist kommt es zu recht schweren Sehstörungen auf beiden Augen, die in kurzen Zwischenräumen nacheinander ergriffen werden; charakteristisch ist die Tendenz zu raschem und oft völligem Rückgang. Es besteht dabei ein Mißverhältnis zwischen dem ophthalmoskopischen Befund einerseits und dem Verhalten der Sehschärfe und des Gesichtsfeldes anderseits. In typischen Fällen besteht Zentralskotom zunächst für rot und grün. Als Residuen findet man häufig temporale Dekoloration der Papillen, nicht selten jedoch besteht eine Neuritis optica. Einige Autoren, Uhthoff, Peters u. a., weisen auf das Vorkommen einer initialen Neuritis retrobulbaris hin. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, 9. Jahrg., Nr. 21.)

Gynäkologie.

Modifikationen an einem zweiblättrigen Vaginalspekulum. Von Dr. Marcus, Wien. Ref. G. Wiener, München.

Die untere Branche des Spekulums läßt sich durch Herausziehen eines schuhlöffelförmigen Einsatzes verkürzen, die obere ist nicht nur verschiebbar, sondern auch nach vorn zu dirigieren. Ein an der Unterseite angebrachtes Häkchen gestattet die Befestigung von mit Ringen versehenen Kugelzangen, Haken etc., wodurch es möglich ist, ohne Assistenz bequem an der Partio- oder Uterusinnenfläche zu manipulieren. Das Spekulum wird von H. Kerner in Wien hergestellt. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 19, 1907.)

Wann soll ein Myom operiert werden? Von Dr. Weißwange, Dresden. Ref. G. Wiener, München.

Jedes submuköse Myom soll rasch operiert werden, da die Trägerin desselben im Nichtoperationsfalle in steter Lebensgefahr schwebt. Subseröse Myome mit dünnem Stiel sind am besten prinzipiell zu entfernen; im übrigen aber kann bei dieser Art von Myomen häufig zuwartend verfahren werden, da sie oft gar keine Erscheinungen machen. Die intramuralen oder interstitiellen Myome müssen ebenfalls individuell, je nach den Erscheinungen, welche sie verursachen, behandelt werden. Zwei weitere Arten von Myomen sollen ebenfalls stets operiert werden: die über mannskopfgroßen und die rasch wachsenden. Bei sämtlichen Myomen sind natürlich auch die sonstigen Umstände, das Lebensalter, die soziale Stellung, der Grad der Intelligenz, das Allgemeinbefinden, besonders der Zustand des Herzens der Patientin zu berücksichtigen. Bei jugendlichen Individuen wird man sich schneller zur Operation entschließen; bei der Nähe der Klimax kann man länger warten. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 21, 1907.)

Die Benützung von Rahmentaschen zum Mitführen geburtshilflicher gynäkologischer und chirurgischer Instrumente. Von W. Liepmann. Ref. G. Wiener, München.

Die Rahmentasche besteht aus einem metallenen Rahmen, über den Segeltuch gespannt ist. Dieses hat vier Klappen, die nach oben über den Rahmen zusammengeschlagen werden und unter welche die Instrumente in beliebiger Anordnung ohne Schlaufen etc. gelegt werden. Dadurch wird das Ein- und Auspacken sehr erleichtert und beschleunigt, da es ja

durch die Rahmentasche ganz gleichgiltig ist, an welcher Stelle die Instrumente liegen. Die einzelnen Taschen, welche mit Aufschrift (Abort, Zange, Perforation, Pubeotomie) zu versehen sind, werden aufeinander gelegt und ist es bei der Benutzung sehr bequem, sie wie auf „einem Teebrett" liegend von der Hebamme zugereicht zu erhalten. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 19, 1907.)

Der heutige Stand der Streptokokkenfrage insbesondere für die Geburtshilfe. Von Privatdozent Dr. W. Zangemeister. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vfs. Versuche haben zu dem Ergebnis geführt, daß die in der Scheide befindlichen Streptokokken, die man bisher als unschädlich betrachtete, in ihrer Art gleich sind mit denjenigen der septischen Infektion. Es ist damit die Möglichkeit erwiesen, daß unter Umständen eine Infektion auch durch jene Saprophyten zustande kommen kann; damit ist ferner die Selbstinfektion erwiesen. Bezüglich der Wirkung der Sera kommt Vf. zu dem Schluß, daß wir bisher weder die aktive noch passive Immunität am Menschen therapeutisch mit Erfolg heranziehen können. Jedoch scheint es nur eine Frage der Zeit zu sein, daß uns die Herstellung wirksamer Antistreptokokkensera zur passiven Immunisierung und Behandlung von Menschen gelingt. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 21, 1907.)

Geburtshilfe.

Beckenmessung. Ref. G. Wiener, München.

1. **Ein neues Instrument zur Messung der Conj. vera.** Zweites Modell von Zweifel in Leipzig.
2. **Zur Vereinfachung der Bylickischen instrumentellen Beckenmessung.** Von Dr. Hoehne, Kiel.
3. **Zur Schätzung des Querdurchmessers des kindlichen Kopfes in der Schwangerschaft.** Von Dr. Hermannes, Heidelberg.

1. Das erste Modell verursachte eine starke Spannung der Scheide; um dieselbe zu vermeiden, wurde an dem zweiten eine biegsame Metallfeder aus Neusilber angebracht, welche in einer Röhre verschoben werden kann. Letztere hat eine solche Biegung erhalten, daß sie an den hinteren oberen Rand der Symphyse angesetzt und aus ihr heraus ein Metallstab gradlinig in der Richtung der Conj. vera vorgeschoben werden kann. Ein großer Vorzug des Instruments ist es ferner, daß es auch zur Messung der Conj. diagonalis dienen kann, wozu man es nur umzudrehen braucht. Es werden davon drei Größen angefertigt (bei Alexander Schädel, Leipzig, Nikolaistr. 21), doch dürfte Größe 2 für die praktische Geburtshilfe ausreichen, da dieselbe die Conj. vera von 7—12 cm zu bestimmen gestattet, und die vorwiegende Mehrzahl der Beckenverengerungen 7 und 10·5 cm mißt. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 18, 1907.)

2. Eine wirklich brauchbare Vereinfachung des teuren und voluminösen Bylickischen Beckenmessers hat Faust erreicht. Eine Schattenseite des Instruments aber ist die fehlende Kontrollmöglichkeit des Schraubenapparats. Dieser Mangel liegt in der Unzugänglichkeit von Schraube und Schraubengewinde begründet. Um diesem Uebelstand abzuhelfen, wurde das Instrument dahin abgeändert, daß es in vier Teile zu zerlegen ist, so daß es jetzt einwandfrei mechanisch gereinigt und sterilisiert werden kann. Es wird, wie der Faustsche Beckenmesser, von Ernst Pohl, Kiel, Hospitalstr. 27, hergestellt. Einige Bilder erläutern die genaue Beschreibung des alten und des jetzigen Modells. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 18, 1907.)

3. Als Hilfsmittel zur Bestimmung des Termins zur Einleitung der Frühgeburt bei engem Becken empfiehlt der Vf. nachfolgende Rechnung, welche er auf Grund von Untersuchungen an 200 Geburten als sehr zuverlässig erfunden hat:

Zwischen der Fruchtlänge und dem Durchschnittsquermaß des kindlichen Kopfes besteht eine bestimmte Relation. Eine brauchbare Mittelzahl erhält man, wenn man das Längenmaß des Kindes durch sechs dividiert. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 21, 1907.)

Pubotomie. Ref. G. Wiener, München.

1. Ein Vorschlag zur Erzielung dauernder Beckenerweiterung durch Pubotomie. Von Dr. Wendeler, Berlin.

2. Zur Pubotomie im Privathause. Von Dr. Sigwart, Berlin.

1. Nach Ansicht des Vfs. läßt sich eine solche dauernde Beckenerweiterung auf einfache Weise dadurch erzielen, daß man gleich nach der Entbindung durch Pubotomie in die Knochenwunde einen geeigneten Körper einführt, welcher die Wundränder auseinander hält. Durch diesen Körper soll ein Drittel der Wunde ausgefüllt werden, der Rest gibt dann den Boden für die gewünschte Knochenneubildung. Nach etwa zwei Wochen könnte der Fremdkörper wieder entfernt werden, zu welchem Zweck er an seinem aus der Wunde hervorragenden Ende mit einem Loch versehen werden soll, in das man dann einen Haken einsetzen kann. Am besten wäre es allerdings, den Körper einheilen lassen zu können, weshalb er aus einem leicht resorbierbaren Material hergestellt werden sollte (es sei dazu eventuell ein geeignet präparierter Tierknochen zu verwenden). Sonst sei er aus Silber, Aluminium, Elfenbein oder Zelluloid herzustellen. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 21, 1907.)

2. Sigwart hat fünf Fälle von Pubotomie im Privathause mit sehr gutem Erfolge ausgeführt, und kommt daher zu dem Schlusse, daß das Vertrauen zu dieser Operation auch in nichtklinischen Aerztekreisen gehoben werden solle.

Die Anwendung der Nadel erleichtere gerade im Privathause die Operation bedeutend, und die vielen Einwendungen gegen dieselbe hält S. für unbegründet. 40 in der Klinik mit der Bummschen Nadel pubotomierte Frauen sind sämtlich genesen. Wobei die Geburten, wie es eben der Dienst mit sich brachte, sogar von Praktikanten ausgeführt wurden, so daß von einer besonderen Einübung mit dem Instrument keine Rede sein könne.

In dreien von den fünf im Privathause gemachten Operationen wurde von Instrumenten außer Nadel und Säge, überhaupt nichts gebraucht, zweimal im Anschlusse daran die Zange. Diese Einfachheit des Instrumentariums und der Wegfall weiterer Eingriffe, die eine fachmännische Assistenz unnötig machen, sei eben im Privathause besonders hervorzuheben. Die Assistenten hatten nur die Aufgabe, die Beine der Frau zu halten, was auch jeder Laie könne. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 20, 1907.)

Ueber Operationen unter Gaudanin-Hautschutz nach Döderlein. Von Dr. Littauer. Ref. G. Wiener, München.

Die Gummilösung, welche den Namen Gaudanin erhielt (von Zinger u. Wiegand in Leipzig hergestellt) besteht in einer Auflösung von Paragummi in Formanbenzin, dem Formanäther bis zum Gehalt von 1% Formalin zugesetzt wird. Das Gaudanin ist löslich in Aether, Benzin und Chloroform, kann also nach der Operation leicht von der Haut wieder entfernt werden. Der Vf. beläßt jedoch die Gaudanindecke auf der Bauchhaut, von wo sie in 2—3 Wochen dann selbst verschwindet. Sie bildet ein vorzügliches Mittel, um die Hautpilze von der offenen Wunde fernzuhalten, indem sie die Umgebung der Wunde vom Wundgebiet sicher abschließt. Und zwar nicht nur bei Bauchoperationen, sondern auch bei Mastitiden, Darm-, tuberkulösen und Blasenscheidenfisteln wurde sie mit Erfolg angewendet, indem sie die Haut vor dem Sekret schützte. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 21, 1907.)

Operations- und Entbindungsbett. Von Dr. Miklaschewsky. Ref. G. Wiener, München.

Die bis jetzt eingeführten Geburtsbetten haben nach Ansicht des Vfs. die Unbequemlichkeit, daß mehrere Gehilfen nötig sind, die Lage der Kranken nur langsam verändert werden kann, Tische für Instrumente daneben gestellt werden müssen etc. Außerdem ist die Trendelenburgsche Hochlagerung bei diesen Betten unmöglich.

Das vom Vf. beschriebene Bett hat alle diese Nachteile nicht, gestattet die Trendelenburgsche Lagerung und ist außerdem als Operationsbedarfstisch zu verwenden. Drei Illustrationen zeigen das Bett in seinen verschiedenen Stellun-

gen. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 18, 1907.)

Eine neue Leibbinde. Von Dr. Alberts, Bensheim. Ref. G. Wiener, München.

Alle bisherigen Bindenkonstruktionen haben das Hauptgewicht auf die Bauchstütze gelegt und dabei die Wirbelsäule in keiner Weise vor Druck bewahrt. Um diesem Uebel abzuhelfen, hat der Vf. folgende Binde herstellen lassen: An der Rückenstütze, welche aus stabilem, mit Blanchettestäbchen beschlagenem und mit Satin überzogenem Leder besteht, das sich jeder Wirbelsäule anschmiegt, sind zu beiden Seiten breite Seitenstücke angesetzt, welche den eigentlichen, aus Trikotstoff mit Gummibändern bestehenden Leibträger fest zusammenschließen. Träger, die am oberen Rande des Leibträgers angebracht, über Brust und Rücken gekreuzt und an den oberen Teil der Rückenstütze angeknüpft sind, befestigen die Binde noch mehr. Am unteren Rande sind elastische Bänder angebracht, die mit den Strümpfen verbunden werden. Die Beschreibung ist durch eine Zeichnung illustriert. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 18, 1907.)

Urologie.

Ueber die Untersuchungsmethoden und die Therapie bei der sogenannten chronischen Nierentuberkulose. Von Prof. Dr. Pifha. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. kommt zu folgenden Schlußsätzen: Die chronische „sogenannte“ primäre Nierentuberkulose tritt meist einseitig auf, daher muß zuerst die Lokalisation der Tuberkulose präzise bestimmt werden. Die Kryoskopie, die Prüfung der Nierenfunktion durch Farbstoffe und die Phloridzinprobe ergeben nicht verläßliche Resultate. Die sichersten Untersuchungsmethoden sind: 1. Die Zystoskopie, 2. das getrennte Auffangen des Harnes direkt aus der Niere, am besten mit Hilfe des Ureterenkatheterismus mit nachfolgender physikalischer, chemischer, mikroskopischer und bakteriologischer Untersuchung des aufgefangenen Harnes. Der vorsichtige Ureterenkatherismus ist nicht mit einer so großen Infektionsgefahr verbunden, wie man geglaubt hat, und deshalb ist die Durchführung des Katheterismus beider Ureteren vor der Nephrektomie in jedem Falle, wo dies möglich ist, auch bei einseitigem Eiterungsprozeß nach gehöriger Desinfektion der Blase durchzuführen. Die klinische Untersuchung des Kranken allein ohne instrumentelle Exploration und ohne Untersuchung des getrennt aufgefangenen Harnes mit Hilfe des Ureterenkatheterismus genügt nicht zur Stellung einer strikten Diagnose und der Indikation zur Operation. Eine relative Spontanheilung ist bei einseitiger Nierentuberkulose nicht ausgeschlossen, kommt aber sehr selten vor. Die interne Therapie hat sich als machtlos erwiesen. Die besten therapeutischen Resultate wurden bei einseitiger Nierentuberkulose durch die Nephrektomie erzielt, welche auch dann indiziert ist, wenn der tuberkulöse Prozeß den Ureter und die Harnblase ergriffen hat, wenn derselbe nicht allzu sehr vorgeschritten ist. Der Nachweis einer mäßigen Menge von Eiweiß im Harne der zweiten Niere bildet, wenn in demselben keine Bazillen und Eiterelemente zu finden sind, keine Kontraindikation gegen die Nephrektomie bei der chronischen „sogenannten“ primären Nierentuberkulose. — (Klin.-therap. Wochenschr., Nr. 2—4, 1907.)

Ueber die akute und chronische Nierenbeckenentzündung. Von H. Lenhartz, Hamburg-Eppendorf. Ref. F. Perutz, München.

In einer ausführlichen Abhandlung lenkt Lenhartz die Aufmerksamkeit auf die bis jetzt in Lehrbüchern und in der Literatur wenig berücksichtigten, in der Praxis aber häufigen Nierenbeckenerkrankungen. Unter den 80 von ihm beobachteten Fällen betrafen 74 das weibliche Geschlecht. Es scheint, daß Schwangerschaft, Wochenbett und auch die Menstruation durch Blutüberfüllung und mechanische Insulte des Harnapparats einen günstigen Boden für die aufsteigende, meist durch Kolibazillen bedingte Infektion abgeben. Sehr häufig bleibt trotz der Durchwanderung die Blase vom Krankheitsprozeß unberührt. Die rechte Niere

wird häufiger ergriffen als die linke. Die Erkrankung ist in drei Vierteln der Fälle mit Fieber verbunden, daneben mehr oder weniger heftige Allgemeinerscheinungen und örtliche Beschwerden; manchmal ist die befallene Niere als bis kindskopfgroßer Tumor zu fühlen. Der frisch gelassene Urin ist getrübt, von saurer Reaktion. Die Eiweißprobe ist positiv. Mikroskopisch findet man reichlich Eiterzellen, Fibrinfäden und zu Haufen angeordnete Stäbchen. Der Differentialdiagnose können unter Umständen Schwierigkeiten erwachsen. Heftige und ausstrahlende Schmerzen können den Gedanken an eine Appendizitis, an Gallensteinkoliken oder andere peritoneale Reizzustände wachrufen, beim Vorwalten der fieberhaften Allgemeinerscheinungen mag häufig statt der richtigen Diagnose eine Influenza, „rheumatisches, gastrisches oder typhöses Fieber“ angenommen werden. Besonderen Wert legt Vf. dem Fieberverlauf bei, den er durch eine Reihe von Kurven illustriert. Manchmal wird die Erkrankung durch einen Schüttelfrost eingeleitet, an den sich ein kontinuierliches Fieber schließt, das nach einigen Tagen kritisch oder lytisch abfällt, in anderen Fällen ziehen sich subfebrile Temperaturen einige Zeit hin oder es kommt unter Schüttelfrost und Allgemeinerscheinungen zu einem erneuten, 2—3 Tage lang anhaltenden Anstieg der Temperatur. Die Rückfälle können sich in mehrtägigen bis dreiwöchentlichen Zwischenräumen wiederholen und treffen gern mit den Menses zusammen. Jene Form des zyklischen Verlaufes leitet über zu den chronischen Erkrankungen, die sich über mehrere Monate hinziehen können. Von 80 Patienten sind drei ihren Leiden erlegen, von den übrigen wurden 54 klinisch geheilt, 14 gebessert; bakteriologisch geheilt waren aber nur 16, die anderen wiesen in dem steril entnommenen Harn noch Bakterien auf.

Bei der Behandlung stellt Vf. die mechanische Auswaschung an erste Stelle und bedient sich dazu des Wildunger oder ähnlicher Mineralwässer und mit Vorliebe des heißen Lindenblütentees, von dem er drei- bis viermal täglich $^1/_2$ Liter trinken läßt. Alle Harndesinfizienten lassen auf die Dauer im Stich. Noch am besten scheint das Urotropin zu sein, doch widerrät er, im Gegensatz zu anderen Autoren, das Mittel wochen- und monatelang zu geben. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 16, 1907.)

Ueber die Entkapselung der Niere. Von E. Müller. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. berichtet über drei operierte Fälle und vorgenommene Tierexperimente, die zu dem Resultat geführt haben, daß bei chronischer Nephritis durch Entkapselung der Niere und Uebernähen von Netz eine neue Vaskularisation und somit eine bessere Funktion des Organs erzielt wird. In Anbetracht der Unheilbarkeit der chronischen Nephritis dürfte diese Operation, die man eventuell „Epiplonephroplastik“ nennen könnte, als eine prognostisch sehr günstige, wenn nicht eine lebensrettende bezeichnet werden. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 82, H. 1.)

Renale und ureterale Hämaturie. Von Dr. Chute, Boston. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Hämaturie oder das Erscheinen einer genügend großen Zahl roter Butkörperchen im Urin, um seine Farbe zu verändern, kann renalen Ursprungs sein, und wenn man von Hämaturie spricht, muß man sich erinnern, daß diese nur ein Symptom und keine Krankheit für sich ist. Zum Teil ist sie die lokale Erscheinung einer allgemeinen Krankheit oder Veranlagung, wie dies der Fall ist bei Malaria, Skorbut und bei der Hämophilie; man bezeichnet dieselben dann als skundulär Hämaturie. Meist ist die Hämaturie das Zeichen einer lokalen Erkrankung wie bei Nephritis, Nierenstein, Krebs, Hämorrhoiden, in diesen Fällen als primär bezeichnet. Vf. will nur solche Fälle von primären Hämaturien betrachten, insofern sie lokale Erscheinungen anzeigen, die chirurgischer Behandlung überantwortet werden können. Er kommt zu dem Schluß, wir haben nur einen Weg, um endgiltig zu unterscheiden zwischen einer Hämaturie der oberen Harnwege und einer, deren Ursprung in der Blase zu suchen ist, und das ist die Zystoskopie.

Einfache Inspektion der Ureterenmündung, in einigen Fällen kombiniert mit Katheterisation des Ureters. Wir können unterscheiden zwischen Hämaturie von Seite des Ureters und einer Hämaturie von Seite der Niere, indem wir den Ureterenkatheter anwenden und beachten, ob der Urin vom Nierenbecken ebenso blutig ist, als der von der Tiefe des Ureters. In einer großen Zahl von Fällen von renaler Hämaturie können wir zu einer genauen Diagnose der Ursache der Blutung kommen, mittels einer sorgsamen Betrachtung der Symptome, kombiniert mit einer genauen Anamnese und der genauen Untersuchung des Urins des Kranken. Unsere Kenntnis der Hämaturie von Seiten der Harnleiter ist so gering, daß wir gegenwärtig nur wenig die Grundursachen bestimmen können. An zwei Krankheitsfällen zeigt Vf. selbst, daß Röntgen-Strahlen keine absolut sichere Diagnose zulassen, und daß auch bei chirurgischem Eingriff in der Niere eine oberflächliche Geschwulst als eine tiefer greifende imponieren kann. An einem anderen Falle wird gezeigt, daß die Zystoskopie ein gestieltes Papillon an der Außenseite der linken Ureterenmündung ergab. — (Bost. Med. and Surg. Journ., 10. Jänner 1907.)

Die Gonosantherapie bei Zystitiden der Prostatiker. Von Dr. Keil, Berlin. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Vf. wandte das Gonosan auch bei den häufig vorkommenden Blasenerkrankungen der Prostatiker teils mit, teils ohne Blasenspülungen an. Er hat im ganzen neun Prostatiker behandelt. Dieselben klagten bei der ersten Konsultation über Fieberanfälle mit leichten Schüttelfrösten, häufig schmerzhaftem Harndrang, Leibschmerzen, Leibschneiden und Blasendrücken, sowie Schmerzen beim Stuhlgang und Brennen während und nach dem Wasserlassen.

Bei der urologischen Untersuchung der Patienten, die alle über dem 45. Lebensjahre standen, fand der per anum palpierende Finger eine starke, vergrößerte, ziemlich harte und druckempfindliche Vorsteherdrüse, die in Anbetracht ihrer Dimensionen in der Tat ein mechanisches Hindernis bei der Stuhlentleerung abgeben konnte. Katheterismus war in den meisten Fällen mit dem einfachen Nelaton nicht möglich, dagegen mittels Metallkatheters. Fast in allen Fällen wurde ein ziemlich reichlicher, mehr oder weniger dicker, übelriechender, trüber, wolkenartiger Residualharn entleert, der stark alkalisch reagierte. Außerdem konnte man mehrere Eiterkörperchen, rote Blutkörperchen, Fettkügelchen und Epithelien nachweisen. Im Anschluß an den ersten Untersuchungskatheterismus hat Vf. in fünf der angeführten Fälle, die leichter Natur waren, sogleich eine gründliche Spülung der Blase (bis zu 2 l Asterol à 2·0:1000·0) vorgenommen, bis das Spülwasser klar abfloß. Sodann wurden fünfmal täglich 2 Kapseln à 5 g Gonosan verordnet. Bei drei Patienten von diesen waren keine Spülungen mehr benötigt; bei zweien kam Vf. ohne gleichzeitige Spülbehandlung nicht durch. Desgleichen bei den vier schwereren Fällen. Vf. kommt zu dem Schlusse, daß man im Gonosan für die Behandlung der Zystitis der Prostatiker ein zuverlässiges und wohltätiges Präparat besitze, das nicht nur von Spezialärzten, sondern auch von den praktischen Aerzten ausgiebig angewendet zu werden verdient; mit Gonosan beseitigt man mit Sicherheit Schmerzen im Urogenitaltraktus und den häufigen Harndrang, und mit der Beseitigung der ersteren sei bei einem Prostatiker viel gewonnen. Die Wirkung des Gonosans sei um so prompter, je frischer das Leiden und je früher die Behandlung einsetzt. Die reine interne Behandlung mit Gonosan genügt manchmal dann, wenn noch keine Veränderungen an der Schleimhaut der Blase vorhanden sind; dagegen muß sie durch lokale Eingriffe unterstützt werden, wenn infolge längerer Erkrankung die Blasenwandung pathologisch verändert ist. — (Monatsber. f. Urol., Bd. 11, H. 12, 1906; Separatabdruck.)

Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie. Von A. Freudenberg, Berlin. (Autorreferat.)

Die vorliegende Arbeit stellt den „Rapport“ dar, den Vf. auf Einladung des Ko-

mitees für den internationalen medizinischen Kongreß zu Lissabon (April 1906) erstattet hat. Sie ist durch einige Zusätze vermehrt, die den inzwischen gewonnenen Ergebnissen der Wissenschaft in dieser Frage Rechnung tragen.

Vf. weist in der Einleitung zunächst auf den gewaltigen Fortschritt hin, den die chirurgische Therapie der Prostatahypertrophie in den letzten Jahrzehnten gemacht, und der bewirkt, daß nicht mehr wie früher der Selbstkatheterismus des Patienten das A und O in der Behandlung dieser Krankheit darstellen darf. Er warnt aber gleichzeitig davor, sich dadurch nun dazu verleiten zu lassen, auch da zu operieren, wo eine Operation nicht erforderlich ist.

Vf. bespricht sodann die verschiedenen, für die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie in Betracht kommenden Methoden, die er in „palliative“ und „radikale“ einteilt und der Reihe nach, je nach der Wichtigkeit, kürzer oder ausführlicher erörtert. Zu der ersten Gruppe gehören Katheterismus, Punktion der Blase, Zystotomie, respektive Anlegung der Blasenfistel. Von den radikalen Operationen, die man in indirekte (Unterbindung der Aa iliacae und sexuelle Operationen) und direkte einteilen kann, kommen — abgesehen von Ausnahmefällen — jetzt nur noch Vasektomie, Bottinische Operation und Prostatatektomie in Betracht, die Vasektomie eigentlich auch nur als Voroperation, die den Patienten vor der sowohl ohne Operation wie besonders bei den eigentlichen Prostataoperationen so häufig eintretenden — eventuell auch abszedierenden — Epididymitis und Orchitis sicherstellen soll. Vf. stellt bei der Erörterung dieser Methoden die Statistik derselben zusammen, darunter bei der Bottinischen Operation ausführlicher auch die eigene, zurzeit des Abschlusses der Arbeit 152 Patienten umfassende, wobei auch genaue Zahlenangaben über die Häufigkeit von Rezidiven gemacht werden. Unter seinen letzten 52 Fällen (Fall 101—152) fanden sich 47 (= 90·4%) gute Resultate, 3 (= 5·8%) Mißerfolge, 2 (= 3·8%) Todesfälle. (Nach Abschluß der Arbeit sind noch sechs weitere Fälle ohne Todesfall dazugekommen.)

Bezüglich der Prostatatektomie empfiehlt Vf. für die perineale Operation die Albarransche Technik, für die suprapubische (transvesikale) die Fuller-Freyersche, und ist der Ansicht, daß, wenn man eine Prostatatektomie ausführt, man in der Regel die Prostata nicht nur partiell, sondern total entfernen soll.

Vf. bespricht sodann die Frage, wann man dem Patienten eine radikale Operation vorschlagen soll, wobei er dafür eintritt, daß man bei noch klarem Urin lieber operieren, als dem Patienten den Katheter zu dauerndem Selbstgebrauch in die Hand geben soll, da der Selbstkatheterismus fast sicher früher oder später zur Zystitis führt, deren etwaige Konsequenzen (Pyelitis, Pyelonephritis, Urosepsis) sich nicht beherrschen lassen.

Er erörtert endlich die Vorzüge und Nachteile der verschiedenen Operationsmethoden und ihre differentiellen Indikationen. Er hält es für falsch, trotz der Verschiedenheit der einzelnen Fälle der Krankheit, immer nur eine Operationsmethode für berechtigt zu halten und auszuüben. Vielmehr wird derjenige am meisten im Interesse der Patienten handeln, der die verschiedenen Methoden beherrscht und je nach der Lage des Falles die Wahl trifft. „Operieren da, wo es notwendig oder angebracht ist, nicht operieren, wo es für den vorliegenden Fall nicht zweckmäßig ist, und unter den verschiedenen Operationen diejenige auswählen, die für den betreffenden Patienten die geeignetste ist — das halte ich für den Standpunkt, den wir in Zukunft einnehmen müssen, und der allein dem Wohle des Patienten entspricht.“

Was die Frage betrifft, ob die perineale oder suprapubische Prostatatektomie vorzuziehen ist, so haben Vf. die eigenen diesbezüglichen operativen Erfahrungen immer mehr dazu geführt, die suprapubische Operation vorzuziehen. Nur Fälle, die auf Karzinom verdächtig sind, eignen sich nicht für letztere Methode. — (Wien. Klinik, Jänner 1907; Separatausgabe bei Urban & Schwarzenberg.)

Dermatologie.

Beitrag zur Lehre von der Hydroa estivalis. Von Prof. Scholtz. Ref. Nobl, Wien.

Das geläufige, bei dem Träger stets im Frühjahr wiederkehrende Krankheitsbild mit der seltenen Mitbeteiligung von Konjunktiva und Hornhaut. Ein 21jähriger Mann zeigt seit frühester Kindheit im Frühjahr die Eruption. Eine neuerliche Attacke präsentiert sich in Form von stecknadelkopf- bis erbsengroßen, hochroten, derben, im Zentrum Bläschen oder trockene Schorfe tragenden Papeln. Diese an Erythema papulatum und Acne necrotisans gemahnenden Formen sitzen im Gesicht zwischen narbigen und atrophischen Stellen. Die Ohren sind stark narbig verändert. Aehnliche Läsionen sitzen an den Handrücken, viele derselben sind infolge venöser Stauung bläulich-rot. Die Entwicklung gestaltet sich derart, daß innerhalb 12 Stunden derbe exsudative Knötchen aufschießen, die in den nächsten 12 bis 24 Stunden eine zentrale Vesikulation durchmachen oder nach weiteren 24 Stunden eine zentrale Nekrose erfahren. Nach 4—5 Tagen fällt der Schorf ab und hinterläßt eine gedellte rötliche Narbe. Jedesmal zu gleicher Zeit mit dem Hautausschlag trat eine ziemlich starke Konjunktivitis mit intensiver ziliarer Injektion und Bildung kleiner Phlyktänen auf, und auch auf der Kornea kam es zu oberflächlichen Epithelverlusten. Gleichzeitig bestand leichte Rötung und Schwellung der Augenlider und erhebliche Lichtscheu. Um den Hautausschlag wie die Augenerkrankung zur Abheilung zu bringen, genügte es, Patienten drei Tage in einem wenig erleuchteten Zimmer zu halten. Bei Wiederaufnahme der Feldarbeit trat sofort ein Rezidiv auf. Mit dem Erlöschen des Ausschlages schwand auch das während der Attacke nachgewiesene Albumen aus dem Harn. Bezüglich des histologischen Verhaltens kam Vf. gleich Mibelli und Bowen zu dem Resultat, daß die Entzündung das Primäre, die Nekrose das Sekundäre ist. In Experimenten konnte Vf. im Gegensatz zu Ehrmann feststellen, daß bei der Hydroa eine Ueberempfindlichkeit gegen die kurzwelligen, rein chemisch wirkenden Lichtstrahlen nicht besteht, sondern gegen die langwelligen leuchtenden Lichtstrahlen, welche bei ihrer Absorption wesentlich Wärme erzeugen, eine besondere Empfindlichkeit vorherrschend ist. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 85.)

Die Heilung der Lepra. Von Dr. Diesing, Baden-Baden. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. empfiehlt für die Behandlung der Lepra die subkutane Zuführung von Jodoformölemulsionen. Kontraindiziert sind dieselben bei Geisteskranken, bei Leukämien, bei Leuten mit geschwächtem Herzen. Zuerst sind zwei Probeinjektionen im Abstand von zwei Tagen zu machen, um die Empfindlichkeit des Patienten gegen Jodoform zu prüfen; die Menge beträgt $^1/_2$ cm³ der 30%igen Emulsion = 0·15 g Jodoform. Bei Auftreten von Ekzem oder Fieber Vorsicht wegen Idiosynkrasie. Tritt keine Reaktion ein, so kann man sofort zur normalen Dosis übergehen und injiziert diese 15—20 Tage lang; als Normaldosis gelten 2 cm³. Bei Eintritt von Vergiftungserscheinungen oder bei erreichter Sättigung des Organismus setzt man die Behandlung einige Tage bis zum Schwinden der Erscheinungen aus. Nach zweiwöchiger Pause eine zweite Kur von derselben Dauer. Die Herstellung der Emulsion ist sehr einfach. Es werden 30 g Jodoform mit 90 cm³ reinen Olivenöls gemischt und vor dem Gebrauch im Wasserbade sterilisiert (10 Minuten lang). Die Injektionsnadel muß eine weite Lichtung haben. Vf. nimmt zuerst die Stellen in Angriff, bei denen der Krankheitsprozeß am weitesten fortgeschritten ist. Injektionen unter die Haut des Gesichts werden vermieden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20, 1907.)

Heilung eines Karzinoms durch Sonnenlicht nebst einigen Beiträgen zur unmittelbaren Lichttherapie. Von Dr. Widmer, Zofingen. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Vf. betont, daß die Faktoren, die im Hochgebirge mit einander in klimatischer Hinsicht konkurrieren, vor allem dazu geeignet seien, die Sonne als therapeutisches Agens zu benützen; doch auch im Tale



habe man regelmäßig Serien heller Sonnentage, wo die Sonnenstrahlen an Geschwüren und Fisteln in halber Zeit die Erfolge reifen, die sonst durch Salben und Verbände mühsam gezeitigt werden. Geradezu gedrängt aber werde man zu dieser Behandlungsart in Höhen über 1000 m, zumal in den Wintermonaten, wo über der Nebeldecke Woche um Woche eine Luft von seltener Reinheit und Permeabilität dem goldenen Lichte von früh bis spät freiesten Zutritt gewähre und wo unendliche Schneeflächen dieses Licht nicht vernichten und in andere Energie umsetzen, sondern wiederstrahlen in den Aether, daß eine Lichtfülle werde ohnegleichen im Tal.

In den bündnerischen Bergdörfern gehen die Kinder nicht baarfuß, sondern deren Füße seien in Strümpfe und Schuhe eingekerkert und kranken außerordentlich viel an Pernionen. Diese Ulzerationen torpidester Art bekommt, mit zolldickem, übelriechenden Verband, mit Murmeltier- oder sonst einem dubiösen Fett bedeckt, dann der Arzt in Behandlung. Vf. hat eine Reihe solcher Pernionenpatienten bewogen, sich der Sonnenbehandlung zu unterziehen und sie hatten dabei nichts zu tun, als 1—2—3 Stunden täglich ihre bloßen Füße am offenen Südfenster, respektive vor dem Hause dem Sonnenlichte auszusetzen. Zuerst wurde nur so verfahren, später wandte Vf. die noch zu erwähnenden Hilfsmittel an. Eine geringe Schmerzempfindung begleitete die ersten Sitzungen, doch sei der Erfolg ein verblüffender gewesen; schon in den ersten Tagen säuberte sich der Grund der Geschwüre, wurde hellrot und verwandelte sich in eine Epithellage, ohne daß man sagen konnte, es sei vom Rande aus die Epithelerneuerung erfolgt. Vf. schreibt die Erfolge nur der Lichtwirkung, nicht dem klimatischen Einflusse zu und führt als ein beredtes Zeugnis für die spezifische Wirksamkeit der Sonnenstrahlen, bezw. eines Teiles derselben den Gletscherbrand an, jene Dermatitiden, welche durch Reflexion des Sonnenlichtes auf Eis und Schnee entstehen. Er behandelte außer obengenannten Affektionen in gleicher Weise Ulcera cruris, chronische Fisteln nach Halsdrüseneiterungen, Fisteln nach Tuberculosa pedis und Coxitis tuberculosa, einen hartnäckigen Fall von multiplem Dekubitus bei Spinalaffektion, ferner Fälle von Herpes tonsurans, Ekzem etc. mit bestem Erfolge in ungewohnt kurzer Zeit. Sein merkwürdigster Fall ist ein geheiltes Karzinom. Eine 81jährige Frau hatte im Laufe des Jahres 1905 eine Geschwulst an ihrem rechten Handrücken bekommen, die allmählich zu einer 6 cm langen, 1 cm hohen Masse anwuchs mit unregelmäßig gezackten Rändern, exulzerierte, mit übelriechendem Sekret bedeckt war und auf dem Metakarpelknochen II und III unverschieblich festsaß. Die ganze Hand war geschwollen und äußerst schmerzhaft, um die Geschwulst herum bestand eine derbe, hochrote Infiltration, infolge deren weder der Daumen adduziert noch die Finger gebeugt werden konnten. Die Drüsen des Ellbogens und der Achselhöhle waren wenig vergößert und schmerzhaft. Eindringlich wurde immer wieder zur Operation geraten, dieselbe aber ebenso eindringlich verweigert, auch Kautherisation wurde verweigert; so kam Vf. aus Not zur Sonnenlichtbehandlung. Leider mußte aus diesen Gründen der Vf. die Erfüllung der weiteren Kriterien zur Diagnose Karzinom, wie sie die pathologische Anatomie fordert, schuldig bleiben, klinisch präsentierte sich die Neubildung durchaus als Karzinom.

Vom Sekret gereinigt, wurde die Geschwulst täglich eine bis mehrere Stunden der Sonne ausgesetzt; in den ersten zehn Tagen war keine Veränderung eingetreten, doch gab die Patientin an, viel weniger Schmerzen zu haben. Nach einer fast kontinuierlichen Reihe von hellen Sonnentagen im Jänner, während deren oft die kranke Hand vier und mehr Stunden der Sonne ausgesetzt wurde, war die geschwürige Oberfläche des Tumors viel sauberer, die Sekretion geringer und die Umgebung weniger geschwollen. Es bildeten sich Granulationen, dabei verschmälerte sich der Geschwulstrand; Ende Februar war auch die Kontinuität des Tumors durch Hautbrücken unterbrochen. Mitte April war die Heilung perfekt und

die Geschwulst verschwunden. Eine zarte, rosarote Kinderhaut, überall von der Unterlage abhebbar, bedeckte die unregelmäßig gebuchtete Fläche, die die Geschwulstbasis eingenommen hatte; ein etwas stärker injizierter, aber vollständig glatter und ebener Rand deutete noch die Grenzen des früheren Tumors an. Die Heilung ist auch seither eine dauernde geblieben. Vf. will keine weiteren und allgemeineren Schlüsse ziehen, als daß das Sonnenlicht imstande ist, die Neubildung jungen und gesunden Gewebes mächtig anzuregen und durch letzteres krankes Gewebe zu verdrängen.

Um ohne die von der Natur eingelegten Reflektoren (Schneeflächen) die Strahlenwirkung zu verstärken, konstruierte sich Vf. steile Trichter von bestimmter Oeffnung und Größe, welche das Licht einer größeren Fläche auf eine 20—30—50mal kleinere Fläche sammeln, also auf die kleinere Trichteröffnung eine z. B. 50mal größere Lichtmenge bringen als ihr ohne das Instrument zukäme. (Jedes Glas- und andere Medium bildet ein Filter für die physiologisch und chemisch wirksamsten Strahlen.) Die Anwendungsweise birgt noch einen weiteren, nicht zu unterschätzenden Vorteil in sich. Es fallen nämlich dadurch Strahlen von sehr verschiedenem Einfallswinkel, vom direkten, lotrechten bis zum tangentialen, mehrmals reflektierten auf die Bestrahlungsfläche. Diese Angriffsweise erscheint Vf. die Hauptsache, dies werde durch eine Linse nicht erzielt. Die Entstehung einer Gletscherdermatitis z. B. auch unter einem Sonnenschirm oder einer Konjunktivitis hinter der einfachen Rauchbrille illustriert nach Vf. die Annahme deutlich, daß die Kummulation der zurückgeworfenen Strahlen die größte Wirksamkeit ausübt, und zwar nicht sowohl wegen ihres nummerischen Uebergewichtes als vielmehr wegen der erwähnten vielseitigen Angriffsweise. Zum Schlusse spricht sich Vf. dahin aus, es lohne sich der Mühe, die Sonnenlichtbehandlung als Ergänzung den Hilfsmitteln unserer Therapie einzuverleiben und sie dem Sumpfe der Unwissenschaftlichkeit zu entreißen, in dem die sogenannten Naturheilkundigen ihr therapeutisches Arsenal ruhen haben. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13, 1907.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Zur Therapie der Prostatitis gonorrhoica. Von Dr. Lüth, Thorn. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Von den drei Bierhoffschen Formen, der endoglandulären oder der katarrhalischen, der follikulären und der paremchymatösen Form, wird die Differentialdiagnose des näheren erläutert. Weil die später zu erörternde Behandlung der Prostatitis nur für die letztere Form Bedeutung hat, soll hier nur kurz auf deren Symptomatologie eingegangen werden. Trifft man bei der Untersuchung eine stark vergrößerte, gleichmäßig derbe, unnachgiebige Drüse, auch mit ungleicher Größe der Lappen, eine Drüse, die auch bei Massage kein Sekret an das Orificium externum treten läßt, dann hat man die Prostatitis vor sich, die durch Massage therapeutisch nicht beeinflußt wird. Die Infektion liegt meist weit zurück, die Gonorrhöe ist vielfach scheinbar geheilt, selbst der Morgentropfen kann fehlen, aber die Patienten fühlen einen Druck im After und die Darmentleerung ist erschwert; auch das Urinieren ist in einzelnen Fällen, bei sehr starken Vergrößerungen, verzögert. Dabei fühlen die Kranken ein Kitzeln und Brennen in der Eichel, das nach Geschlechtsverkehr oder Alkoholexzeß noch verstärkt wird; auch ist dann das Harnlassen von solchen Empfindungen begleitet. Durch die Verdichtung des perilobulären Gewebes läßt sich eine Kompression der Drüsen und ihrer Ausführungsgänge, und somit das Fehlen des Sekrets wohl erklären. Durch diese Erwägungen gelangt Vf. zu einem neuen Wege in der Behandlung der Vorsteherdrüsen. Aus eigener Erfahrung kannte er die heilende Wirkung, die Thiosinamin auf Infiltrate und Narben ausübt. Bei der oben beschriebenen Form der entzündeten Vorsteherdrüse versuchte er das Fibrolysin-Mendel, und hatte die Genugtuung, daß der beabsichtigte Erfolg, Er-

weichung der Drüse, in jedem Falle eintrat. Die Zahl der behandelten Fälle ist noch gering (6), aber der stets gleichmäßige Erfolg nach vorheriger ergebnisloser Massagebehandlung gibt ihm die Ueberzeugung, im genannten Mittel ein brauchbares Medikament für die Prostatabehandlung zu empfehlen.

Vf. spritzte jedesmal alle 4—5 Tage je eine Ampulle, wie sie in der Merkschen Fabrik hergestellt werden, in die Gesäßmuskeln ein, und schon nach der ersten Injektion betonte der erste Patient, was er auch bei den übrigen wieder feststellen konnte, daß der Stuhlgang leichter erfolge; bei der Palpation fühlte sich die Drüse schon etwas weicher an, und es erschien jetzt nach der Massage ein Tropfen Sekret am Orificium urethrae. Nun begann er unter fortgesetzten Fibrolysininjektionen, die natürlich unter den auch sonst üblichen Vorsichtsmaßregeln vorzunehmen sind, wieder mit der Massage, und vier Fälle sind innerhalb von 3—4 Wochen nicht nur frei von Gonokokken, sondern haben auch eine normalgroße Prostata. Unangenehme Zufälle, wie Abszesse, sind nie vorgekommen.

Des weiteren bespricht Vf. den makroskopischen und mikroskopischen Befund des Sekrets und erörtert des weiteren, daß die Gonokokken, die sich im Harnsekret befinden, ihre typische Semmelform verloren und an Größe abgenommen haben. Man finde sie häufig in dem vom Kern freigelassenen Raume. Es liegen sich zwei rundliche Kokken gegenüber; das Gesamtbild unterscheidet sich von dem der Urethritis gonorrhoica dadurch, daß bei der Prostatitis die Kokken in großen Haufen traubenförmig innerhalb der Eiterkörperchen bei einander liegen. Es scheint dies nach Bierhoff eine Degenerationsform zu sein, bedingt durch die ungünstigen Ernährungsverhältnisse, da namentlich das alkalische Prostatasekret die Kokken in ihrer Entwicklung hindert.

Vf. hat auch einige Fälle der follikulären Form mit dem Mittel behandelt, doch ist der Erfolg nicht so deutlich, da sie auch ohne dieselben geheilt wären. Auf Altersprostatiden hat er seine Versuche nicht ausdehnen können, doch möchte er diese empfehlen. — (Med. Klinik, Nr. 10, 1907; Sonderabdruck.)

Ueber den Erreger der Syphilis. Von Alfred Levy-Bing, Paris. Ref. E. Spitzer, Wien.

Alles, was seit der Entdeckung der Spirochaeta pallida durch Schaudinn und Hoffmann vom 23. April 1905 bis zum 1. Oktober 1906 über den Erreger der Syphilis gearbeitet wurde, hat Vf. mit großer Umsicht und Genauigkeit in seiner im Jänner 1907 veröffentlichten Monographie in der Bibliothèque de Microbiologie et Parasitologie zusammengefaßt.

Nach kurzem historischen Ueberblick über die Bestrebungen, die der Entdeckung der Spirochäte vorausgegangen sind, wird die mikroskopische Technik, die Morphologie und Kulturversuche, die Differentialdiagnostik und die Klassifikation des Treponema pallidum eingehend besprochen. Weitere Kapiteln behandeln den Befund und die Lagerung der Spirochäte im Gewebe bei den verschiedenen Formen der Syphilis und beweisen durch Kontrollversuche eindeutig, daß heute wohl kein Zweifel mehr über die Spirochaeta pallida als Syphiliserreger bestehe, wenn auch dessen Reinkultur und damit die Ueberimpfung derselben aufs Tier noch ausständig sind. Unklar ist noch die Beeinflussung des Erregers durch die Quecksilberbehandlung. Den Schluß bildet eine bibliographische Liste über die bis Oktober 1906 erschienenen Arbeiten dieses Themas im Umfange von 617 Nummern.

Das ganze Werk bietet ein beredtes Zeugnis für das große Interesse, das seit der Entdeckung der Spirochaeta pallida der Erforschung der Syphilis gewidmet wurde. — (Encyclopédie scientifique, Paris.)

Ueber die Schicksale des intramuskulär injizierten Hydrargyrum salicylicum. Von Leopold Freund. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Den großen Vorteilen der Einverleibung schwer löslicher Quecksilbersalze steht der Nachteil gegenüber, daß wir damit dem Körper gewissermaßen à dis-

cretion ein großes Quantum des Giftes anvertrauen, ohne zu wissen, was er damit anfangen wird. Vf. suchte daher dem Schicksal des injizierten Salzes (Hydrarg. salicyl. 1:10 Paraff. liqu.) mittelst Röntgen-Strahlen nachzugehen. Er fand, daß normaliter in den ersten vier Tagen nach der Injektion die Resorption des Quecksilbers in größerem Umfange statthat als in den folgenden 5—6 Tagen. Es wird also durch Injektionen mit Zwischenräumen von 8 Tagen eine kontinuierlich anhaltende, annähernd gleichmäßige Resorption von Quecksilber erzielt. Wollte man jedoch aus irgend welchen Gründen eine zweite Injektion erst nach vollständiger Resorption der ersten verabfolgen, so müßte man mindestens 10 Tage warten. Durch Röntgen-Kontrolle lassen sich auch die seltenen Fälle erkennen, in denen die Resorption des Quecksilbers durch eine bindegewebige Kapsel um das Depot herum oder durch Gefäßkompression aufgehalten wird. Ferner wäre die radiographische Untersuchung auch in jenen seltenen Fällen anzuwenden, wo die einmalige Injektion sehr heftige Reaktionserscheinungen zur Folge hat. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 9, 1907.)

Ueber die Behandlung der chronischen Gonorrhöe des Mannes. Von Prof. Dr. Jadassohn. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Als Gonorrhöe sollen nur solche Prozesse bezeichnet werden, welche durch Gonokokken bedingt und durch sie unterhalten werden. Zu den Folgezuständen, die in erster Linie für den Träger von Bedeutung sind, gehören die Strikturen, die postgonorrhoischen Urethriden und Prostatiden beim Manne, viele uterine Katarrhe und Adnexerkrankungen, wohl auch Rektalulzera und -strikturen bei der Frau, die urogenitalen Neurasthenien, die Folgeerscheinungen der rheumatoiden Prozesse inklusive der Endokarditiden bei beiden Geschlechtern. Sie haben ferner eine unzweifelhafte Bedeutung für die Ehe (Impotentia coeundi und generandi, vollständige oder Einkindersterilität). Sie sind nicht mehr infektiös. Neben diesen Folgezuständen charakterisiert sich die eigentliche chronische Gonorrhöe durch andauernd oder fast andauernd sehr geringe entzündliche Erscheinungen (spärliches Sekret oder — bei Urethritis — nur Urinfäden). Gonokokken sind meist sehr spärlich. Von diesen eigentlich chronischen Gonorrhöen unterscheidet Vf. die langdauernden Gonorrhöen mit vielfachen akuten Exazerbationen, die ohne Behandlung fast kontinuierlich ziemlich starke entzündliche Erscheinungen mit vielen Gonokokken aufweisen, oder beim Versuch, die Behandlung auszusetzen, mit einem akuten Rezidiv reagieren.

Die Behandlung der eigentlich chronischen Gonorrhöe hat die Vernichtung der Gonokokken aus allen ihren Schlupfwinkeln unter möglichster Schonung der Schleimhaut zu erzielen. Wichtig für das Chronischwerden der Gonorrhöe ist die Lokalisation des Prozesses. Eine besondere Neigung zur Chronizität ist vorhanden, wo die direkt nicht oder sehr schwer zugänglichen Gonokokkenherde trotzdem mit frei nach außen mündenden Organen in relativ oder vollständig freier Kommunikation stehen, wie bei den urethralen und uterinen Drüsen, der Prostata u. s. w. Vor der eigentlichen Behandlung genaueste Anamnese und Untersuchung, sowie möglichst genaue Bestimmung der Lokalisation des Prozesses. Den Gang der Genitaluntersuchung gibt Vf. folgendermaßen an: Urethritis anterior und posterior — Ausspülungsmethode — paraurethrale und präputiale Gänge, Aufsuchen der Gonokokken in den urethralen Drüsen — Expression über einer Bougie à boule nach Reinigung der Harnröhre — Expression der Prostata und der Samenblasen bei durch einige Injektionen oder Irrigationen mit Argentumlösungen vorläufig gonokokkenfrei gemachter Harnröhre bei dem Manne; Bartholinische Drüsen, Urethra, paraurethrale Gänge, uterine Gonorrhöe, Adnexpalpation, Rektumuntersuchung bei der Frau.

Vf. ist Anhänger der von Neißer eingeführten systematischen oder methodischen antiseptischen Therapie. Er bevorzugt die Silberpräparate, besonders das Argentum nitricum, in neuester Zeit auch das Ichthargan. Für die Urethra ant. Arg. nitr. 1:3000—4000, allmählich je nach

der Toleranz, bis 1:1000, für die Urethra post. 0·5—2%. Die Injektion geschieht mit einer 10 cm³ haltenden Tripperspritze für die Urethra ant. 3—4mal täglich, 5—10 Minuten lang haltend. Für die Urethra post. benützt Vf. Guyersche Instillationskatheter mit einfacher, 5 bis 10 cm³ haltender Spritze, jeden bis jeden zweiten Tag eine Injektion. Rezidive werden mit Arg. nitr. in Lösung von 1:2000—1000, teils in Form von Injektionen, teils von Irrigationen behandelt. Die Behandlung wird ohne Pausen 2—3 Monate und länger ausgedehnt. Bleiben die Gonokokken trotz Silberinjektionen nachweisbar, so verwendet Vf. Hydrarg. oxycyanat. und Ichthyol. Die Behandlung wird dem Patienten selbst überlassen, nur von Zeit zu Zeit eine mikroskopische Kontrolle vom Vf. vorgenommen. Bei Prostatitis behandelt Vf. nur die Urethra post. Auf innere Mittel wird verzichtet; gewarnt wird vor brüsken Bewegungen, intensiven Sportübungen, Velofahren; Alkohol ist in geringen Mengen gestattet. — (Med. Klinik Nr. 18, 1907.)

Kinderheilkunde.

Milchkonservierung.

1. Sufonin, ein neues Desinfektionsmittel. Kuhmilchkonservierung. Von E. v. Behring, Marburg. Ref. Eugen Binswanger, München.

2. Milchkonservierung durch Blaudium (neutrales kohlensaures Eisenoxydul). Ref. Fritz Loeb, München.

1. Die vielfach ungünstigen Erfahrungen, welche bei den Versuchen mit der von Behring seinerzeit empfohlenen Formaldehydmilch bei der Ernährung menschlicher Säuglinge gemacht wurden, sind nach seiner Ansicht in der Hauptsache darauf zurückzuführen, daß man nicht eine tadellose frische Kuhmilch, „sondern die schon in Zersetzung begriffene Milch der Sammelmolkereien benutzt, und diese zur guten Säuglingsmilch durch den Formaldehydzusatz zu transformieren versucht hat“. In vorliegender Publikation aus dem Behringwerk wird nun ein neues Verfahren der Milchkonservierung angegeben, das mit der Herstellung der Formaldehydmilch einiges gemeinsam hat, einige Nachteile dieses Verfahrens vermeidet, dafür aber ganz bedeutend komplizierter ist. Es handelt sich dabei um den Zusatz von „Sufonin“ zur Milch. Sufonin ist eine Mischung von Formaldehyd und Wasserstoffsuperoxyd im Verhältnis von 2:25, „enthält aber noch andere Körper, durch welche die Leistungsfähigkeit des neuen Desinfektionsmittels noch gesteigert wird“. Diese Leistungsfähigkeit illustriert Behring durch die Mitteilung, „daß 1 cm³ eines fünffachen Normal-Sufonins genügt, um 4 l gewöhnliches Leitungswasser zu desinfizieren, und 1 l Leitungswasser nach Zusatz von 4 cm³ dieses fünffachen Normal-Sufonins für die Zwecke der Desinfektion der Hände und anderer Körperoberflächen zu einer Flüssigkeit umzugestalten, welche mehr leistet wie 2%ige Karbolsäure“. Die Anwendung des Sufonin denkt sich Behring durchaus nicht nur als Milchzusatz, sondern er beschreibt dessen Prüfung und Anwendung zu allen möglichen sonstigen (z. B. chirurgischen) Desinfektionszwecken.

Wenn die Nachprüfungen diese Angaben bestätigen und sich die Hoffnung Behrings betreffs des Preises (100 cm³ Normal-Sufonin sollen 1 Mk. kosten) erfüllen wird, so dürfte Sufonin für eine ganze Reihe von Desinfektionszwecken den meisten jetzt gebräuchlichen Mitteln überlegen sein.

Was nun aber die uns hier zumeist interessierende Anwendung des Sufonins zur Milchkonservierung betrifft, so kommen wir hier schon allein auf Grund der Behringschen Mitteilungen zu einem nicht so günstigen Urteil. Behring gibt zur Herstellung von Sufoninmilch eine sehr ausführliche Anweisung (in neun einzelnen Nummern), die wir leider hier nicht in extenso wiedergeben können. Es sei daraus angeführt, daß der Sufoninzusatz in der Weise zu erfolgen hat, daß in die zum Melken zu verwendenden sterilen Glasgefäße (!) vor dem Melken soviel Normal-Sufonin hineingegossen wird, daß auf 1 l Milch 8 cm³ kommen. — Frühe-

stens 18 Stunden nach dem Melken wird die Milch im Wasserbad eine Stunde lang auf 52° C. erwärmt. — Nach einer weiteren halben Stunde werden pro 1 l Milch 0·2—0·4 cm^3 „Normal-Hepin“ ein katalytisch wirksamer Körper zugesetzt. Der Hepinzusatz erfolgt zur Beseitigung des „für feinschmeckende Zungen unangenehmen Wasserstoffsuperoxydgeschmackes“. (Uebrigens hält Behring auch eine Kälberzunge für feinschmeckend genug, um den H_2O_2-Geschmack unangenehm zu empfinden, denn auch bei der zur Kälberaufzucht verwendeten Sufoninmilch spricht er von dem Hepinzusatz.) Der Zusatz des Hepins hat mit Hilfe einer „fein graduierten Pipette“ oder bei größerem Volumen mit einem Meßglas von 5 bis 10 cm^3 Inhalt zu erfolgen. Die Milch muß dabei bis auf zirka 35° C. abgekühlt sein, und das Hepin muß tropfenweise unter fortwährendem Umrühren mit einem Glasstabe zugesetzt werden. Die Sufoninmilch ist weiterhin „nicht bloß vor der Einwirkung des direkten Sonnenlichtes, sondern auch des zerstreuten Tageslichtes sorgfältig zu schützen“. Die ganze Herstellung hat streng aseptisch zu geschehen: „Alle zur Verwendung kommenden Gefäße und Apparate müssen steril sein.“

Ein für die Kritik des ganzen Verfahrens außerordentlich schwerwiegender Umstand findet in folgendem Zusatz Erwähnung: „Mit besonderer Sorgfalt ist jede Verunreinigung der Milch nach ihrer Hepinierung zu vermeiden, da das durch Hepin chemisch zersetzte Sufonin keine bakterienwidrige Wirkung besitzt.“ Unter diesen — doch recht zahlreichen Vorschriften — sind einige, die in praxi auf die allergrößten Schwierigkeiten stoßen dürften, und zum Teil in den gegenwärtig bestehenden Stallungen und Molkereien völlig unausführbar sind. Dem Referenten ist ferner auch unmöglich, sich das seither in Stallungen und Molkereien beschäftigte Personal bei den erforderlichen exakten Arbeiten, z. B. mit einer „feingraduierten Pipette“ richtig hantierend, vorzustellen. Wenn nun aber auch all diese — vielleicht nur scheinbaren — Unmöglichkeiten Möglichkeiten würden: welches wird dann der Preis solcher Milch sein, und wer wird ihn zahlen?

Ueber die rein theoretische Seite der Ausführungen Behrings über seine „hepinierte Sufoninmilch“ läßt sich ja ohne Nachprüfung nicht diskutieren, die praktische Ausführung dieses Verfahrens aber kann sich der Referent beim besten Willen nicht vorstellen, es sei denn, daß sich ganz bedeutende Vereinfachungen der Vorschriften ermöglichen lassen. — (Behringwerk-Mitteilungen, H. 2, 1907.)

2. Die Eisenoxydulsalze haben die Eigenschaft, Sauerstoff leicht aufzunehmen und sich in Oxydverbindungen zu verwandeln. Die Umwandlung geht besonders schnell vor sich, wenn sich diese Salze in Lösungen oder nur in feuchtem Zustande befinden. Diesen Sauerstoff liefert in erster Linie die Luft, aus der er direkt aufgenommen wird. Auch Sauerstoffverbindungen werden durch diese Eisenoxydulsalze reduziert, besonders die des Stickstoffes. Man hat diese Eigenschaft der Eisenoxydule schon vielfach in der Chemie und Technik verwertet. Neuerdings ist von Apotheker A. Flügge, Hannover, ein Verfahren zur Konservierung der Milch durch Blaudium zum Patent angemeldet worden. Blaudium besitzt die desoxydierende Eigenschaft der Eisenoxydule und ist dabei geschmacklos. Die Anwendung ist einfach. Zu 1 l frischer Milch setzt man 3—6 Tropfen Blaudium, rührt um und kocht ab, entweder auf freiem Feuer oder im Wasserbade (Soxhlet). Das Blaudium desoxydiert und neutralisiert die in die Milch gemolkene Luft, ferner Sauerstoffverbindungen, Ozon, welche in erster Linie zum schnellen Verderben der Milch und zu gesundheitsschädlicher Nebengärung Veranlassung geben. Der chemische Vorgang ist folgender:

$$(Fe\,C\,O_3)\,2 + O = Fe_2\,O_3 + (C\,O_2)\,2$$

Der natürliche Eisengehalt der Milch, nach Prof. König im Durchschnitt 0·029 Fe_2O_3 im Liter, wird bei Behandlung mit Blaudium um etwas angereichert und befindet sich ebenfalls als neutrales Eisenalbuminat in Lösung. Bei



Ueberschuß des Blaudiums setzt sich Fe_2O_3 und $FeCO_3$ ab, zugleich alle Unreinigkeiten der Milch kraft seines hohen spezifischen Gewichtes und feinster Verteilung mit zu Boden reißend. Von diesem Bodensatze, welcher sich fest ansetzt, kann die Milch nach dem Erkalten in zirka 1/2—1 Stunde glatt abgegossen werden. Die mit Blaudium behandelte Milch behält den frischen, süßen Geschmack bester Milch und ist zu allen Zwecken verwendbar. Zur Kinder- und Säuglingsernährung ist diese Milch von großem Wert und bietet ein sicheres Mittel gegen Verdauungsstörungen und Brechdurchfall, besonders in der heißen Jahreszeit.

Die Aetiologie der Rhachitis. Von Esser, Bonn. Ref. Einstein, Stuttgart.

Die Aehnlichkeit der Blutbefunde bei chronischer Ueberfütterung der Säuglinge und bei Rhachitis (Hyperleukozytose und Verschiebung des von Arneth sogenannten neutrophilen Blutbildes zugunsten der Zellen mit wenig fragmentierten Kernen) brachte Vf. auf den Gedanken, daß zwischen diesen beiden Zuständen ein Zusammenhang besteht. In der Tat kann auch anamnestisch bei rhachitischen Kindern stets eine Ueberfütterung festgestellt werden. Endlich konnte Esser in Tierversuchen durch Mästung rhachitische Knochenveränderungen erzeugen. Die künstliche Ernährung führt leichter zur Vieltrinkerei als die natürliche; daher bei der ersteren eine größere Erkrankungsziffer an Rhachitis als bei Brusternährung.

Den Zusammenhang denkt sich Vf. folgendermaßen: Die chronische Ueberfütterung hat eine erhöhte Bildung von Leukozyten, d. h. eine übermäßig starke Inanspruchnahme des Knochenmarks zur Folge, die schließlich zu einer Insuffizienz der Knochenbildung führt.

Auch die nervösen Störungen, welche die Rhachitis so häufig begleiten, scheinen in der dauernden Ueberfütterung eine gemeinsame Ursache mit der Rhachitis zu haben. Führt doch z. B. Finkelstein die spasmophile Diathese auf Ueberfütterung mit Milch zurück. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 17, 1907.)

Ueber die Verwendung von getrockneter Milch als Säuglingsnahrung während der heißen Jahreszeit. Von Alfred Hüssy, Zürich. Ref. Einstein, Stuttgart.

Die Arbeit behandelt Versuche, die an der Breslauer Universitätskinderklinik mit der nach dem Just-Hatmaker'schen Verfahren getrockneten Milch (hergestellt in der Schokoladenfabrik von J. Klaus in Le Locle) vorgenommen wurden. Vf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die aus Vollmilch vermittels des Just-Hatmaker'schen Verfahrens hergestellte „getrocknete Milch" ist für Säuglinge, die eine Ernährungsstörung durchgemacht haben und an deren Folgen noch leiden, kein vollwertiger Ersatz für einwandfreie frische Kuhmilch.

2. Eine größere Zahl von an Ernährungsstörungen leidenden Säuglingen ist durch Ernährung mit „getrockneter Milch" vor dem Auftreten erneuter akuter Ernährungsstörungen geschützt worden. Bei einigen wenigen jungen Säuglingen sind indes zweifellos direkte Schädigungen durch Ernährung mit dieser Konserve hervorgerufen worden, die man durch Verwendung einer fettärmeren Trockenmilch teilweise vielleicht hätte vermeiden können.

3. Die von uns gestellte Frage: Kann man Säuglinge, die an akuten Ernährungsstörungen erkrankt sind oder chronische Ernährungsstörungen aufweisen, während der heißen Jahreszeit durch Ernährung mit getrockneter Milch vor den sie in Gefahr bringenden akuten, durch bakteriell zersetzte Milch bedingten Wiedererkrankungen bewahren? ist nur bedingungsweise zu bejahen.

4. Trotzdem ist an Orten, wo eine Milchküche nicht existiert und eine einwandfreie frische Milch nicht beschaffbar ist, während der heißen Jahreszeit die Ernährung derart erkrankter Säuglinge mit „getrockneter Milch" zu empfehlen.

Durch praktische Versuche als empfehlenswert erprobt ist die Verwendung der „getrockneten Milch" zur Säuglingsernährung für kürzere Zeit, z. B. auf Reisen.

5. Die erzielten Resultate machen ergänzende Ernährungsversuche mit einer fettärmeren Trockenmilch wünschenswert.

Zur Zubereitung eines Liters Milch sind 136 g Milchpulver nötig, die zirka 34 Pfg. kosten. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 46, H. 1 u. 2.)

Obstipation infolge Darmabknickung. Beitrag zur Lehre von der sogenannten „Hirschsprungschen Krankheit". Von Rico Pfisterer. Ref. Dr. Hugo Nothmann, München.

An der Hand der Krankenjournale von einem fünf Wochen und einem $4^3/_4$ Jahre alten Knaben, die an Hirschsprungscher Krankheit litten, und den pathologisch-anatomischen und mikroskopischen Befunden des ersten Kindes bespricht Vf. in einer ausführlichen Studie, die die bisher vorliegende Literatur erschöpfend berücksichtigt, die klinischen Merkmale dieser Krankheit, und beonders die ihnen zugrunde liegenden topographisch-anatomischen Besonderheiten des Dickdarmes. Da sich die Arbeit zu ausführlichem Referat nicht eignet, seien hier nur die Schlußfolgerungen des Vfs. angeführt, während für den sich eingehender für diese Frage interessierenden Leser auf den Originalartikel verwiesen wird.

Die Bezeichnung „Hirschsprungsche Krankheit" gilt für einen klinisch beobachteten Symptomenkomplex.

Megalocolon congenitum ist eine überaus seltene Anomalie. Mit Sicherheit läßt sie sich nur auf Grund der anatomischen Untersuchung erkennen. Klinisch wäre der Befund des Rektums ausschlaggebend.

Die überwiegend große Mehrzahl der Fälle von sogenannter „Hirschsprungscher Krankheit" beruht auf einer partiellen, meist angeborenen Dickdarmanomalie, und zwar am häufigsten im Bereiche der Flexura sigmoidea (Makroflexur), oder auf einem primär oder sekundär abnormen Verhalten des Mesosigmoideum. Davon streng zu trennen sind die von Marfan als „Constipation congénitale" bezeichneten Formen der Obstipation.

Bei totaler und bei partieller Ausbildung des Megalokolon, bei abnormem Verlauf des Darmrohres infolge abnormem Mesenterium ist oft Klappenbildung infolge Abknickung die Ursache der Kotverhaltung. Eine bestimmte Veranlassung kann bei latenter Anomalie, die sehr geringgradig zu sein braucht, die Abknickung auslösen, z. B. Entwöhnung; hat deren Einwirkung begonnen, so stellt sich ein Circulus vitiosus her.

Die von verschiedenen Seiten konstatierte Tatsache, daß solche Dickdarmanomalien beim männlichen Geschlecht weit häufiger beobachtet sind, kann auf die räumlichen Verhältnisse des Beckens zurückgeführt werden. Ueberhaupt üben die Verhältnisse des knöchernen Beckens einen begünstigenden Einfluß aus auf das Zustandekommen dieser Form der chronischen Obstipation.

Für eine kongenitale Abnormität des Darmes spricht der Umstand, daß außer der Dickdarmanomalie bisweilen noch andere kongenitale Mißbildungen im betreffenden Individuum beobachtet werden. — (Inaug.-Diss., Berlin 1906.)

Die angeborene Pylorusstenose und ihre Behandlung. Von C. E. Bloch, Kopenhagen. Ref. Dr. Hugo Nothmann, München.

Vf. teilt 12 Krankengeschichten dieses Leidens mit Gewichtstabellen und detaillierten Angaben über die Ernährung der Patienten mit und verbreitet sich über die Klinik, pathologische Anatomie und Behandlung dieser Krankheit. Vf. stellt sich auf den Standpunkt derjenigen Autoren (Hirschsprung, Ibrahim), die dem Leiden eine organische Stenose des Pylorus als zugrunde liegend erachten, allerdings mit der Modifikation, daß der also stenosierte Magenabschnitt noch durch Spasmen kontrahiert sein kann. Die Auffassung des Vfs., daß die meisten bedeutenden Forscher der Ansicht von der organischen Natur des Leidens huldigen, ist nicht richtig, da bis in die letzte Zeit angesehene Aerzte, wie Heubner (Naturforscherversamml. zu Stuttgart), Pfaundler, für die Auffassung als Pylorospasmus eingetreten sind. Bei Schilderung der klinischen Symptome legt Vf. besonderen Wert auf die Darstellung der konsekutiven, in Verbindung

mit der Inanition zur hauptsächlichsten Todesursache werdenden Gastritis. Für ihr Vorhandensein werden klinische Daten und pathologisch-anatomische Befunde bei eigenen Fällen und einem Patienten von Finkelstein als Beweis erbracht. Diese Gastritis muß, wo sie vorhanden ist, auch vornehmlich Gegenstand der Behandlung werden. Hiefür werden empfohlen: kurze Zeitlang Gerstenschleimdiät, Magenspülungen, die den stagnierenden Inhalt und damit den die Entzündung unterhaltenden Reiz auf die Magenschleimhaut entfernen — eine Erschlaffung des spastisch kontrahierten Pylorusteiles durch die Magenspülung, wie sie von Pfaundler besonders vertreten wird, erkennt Vf. als Verteidiger der organischen Stenose natürlich nicht an — und als besonders wirksam die Ernährung mit Buttermilch. Der Heileffekt der Buttermilchnahrung soll im wesentlichen darin bestehen, daß sie auch bei Stagnation im Magen nicht gärt, also keine reizende Wirkung auf die Schleimhaut entwickeln kann. Noch zweckmäßiger ist die Ernährung mit Frauenmilch, die Vf. aber nicht aus eigener Erfahrung empfehlen kann, da er zu ihrer Anwendung keine Gelegenheit hatte. Besonderer Wert wird ferner auf die Menge und den Kalorienwert der Nahrung gelegt. Bei einem Energiequotienten von unter 100 Kalorien per Kilogramm Körpergewicht sollen die Patienten im allgemeinen keine Gewichtszunahme erfahren können. Diese Forderung, dem manchmal bis zu extremen Graden abgemagerten Kinde eine möglichst kalorienreiche Nahrung zukommen zu lassen, ist sicher berechtigt. Die Art und Weise aber, wie ihr Vf. gerecht zu werden sucht, muß den mit den modernen Anschauungen über die Ernährung des gesunden und kranken Säuglings vertrauten Arzt aufs höchste befremden. Er verabreicht nämlich Milchverdünnungen von 1:2, ja 1:3. Damit nun das Kind eine genügende Flüssigkeits- und Nahrungsmenge zu sich nimmt, ist er genötigt, die Nahrung in eine Quantität von 50, 75 und 100 cm³ acht-, zehn-, ja zwölfmal am Tage zu verabfolgen. Das bedeutet also im Höchstfalle ein Quantum von 1200 cm³ am Tage. Referenten ist die Zweckmäßigkeit einer solchen Ernährungstherapie nicht einleuchtend. Denn wenn wir schon für den gesunden Säugling Nahrungspausen von 3—4 Stunden fordern, weil der Magen im günstigsten Falle seinen Inhalt nach zwei Stunden entleert hat, und bis zur nächsten Nahrungsaufnahme eine gewisse Ruhepause braucht, um wie viel strenger müssen wir an diesem Grundsatze bei einem Kinde festhalten, das bei der Fortbewegung seines Mageninhaltes in den Dünndarm infolge mechanischer und wahrscheinlich auch chemischer Hindernisse Schwierigkeiten hat. Andere Autoren haben daher auch der Forderung einer möglichst kalorienhaltigen Nahrung auf anderem Wege, nämlich durch Darreichung einer möglichst konzentrierten, ja unverdünnten Milch gerecht zu werden gewußt. Referent möchte zum Schluß auch noch seinen Zweifel darüber zum Ausdruck bringen, ob die Buttermilch ganz im allgemeinen das glänzende Nahrungsmittel für den an Pylorusstenose erkrankten Säugling darstellt, wie Vf. meint. Ich kann mir sehr wohl denken, daß bei einem Kinde, das außer durch seine Stenose noch durch eine frühere, zu kohlehydratreiche Nahrung — Mehlnährschaden im Sinne von Czerny-Keller — geschädigt ist, die angegebene Diät nicht nur im Stiche läßt, sondern sogar nachteilig ist. Leider teilt Vf. die Anamnese über die frühere Ernährung seiner Patienten nicht so ausführlich mit, daß man sich ein Urteil darüber bilden könnte, ob die verordnete Diät auch nach dieser Richtung hin wirklich indiziert war. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 15, H. 3 u. 4.)

Das Vermal in der Kinderpraxis. Von Dr. Desiderius Lévai. Ref. Dr. Hugo Nothmann, München.

Vf. berichtet in dieser kleinen Arbeit über seine mit Vermal gemachten günstigen Erfahrungen in 19 Fällen von Aufregungszuständen bei Kindern. Er verwandte es bei Meningitis tuberculosa zur Bekämpfung lästiger Konvulsionen dreimal mit gutem Erfolge, in acht Fällen von Eclampsia infantum hatte er nur einmal keinen Erfolg, dagegen wurden die

Anfälle in vier Fällen seltener und schwächer, in dreien blieben sie gänzlich aus. Bei einem hysterischen Mädchen mit somnambulistischen Erscheinungen trat auf regelmäßige Vermaldarreichung (jeden zweiten bis dritten Tag) nach zweimonatlicher Behandlung deutliche Besserung ein. Da Vf. die oft betonte Gefährlichkeit aller Hypnotika für den Organismus des Kindes, speziell des Säuglings, bekannt ist, verordnete er es in sehr kleinen Dosen: 0·015—0·025—0·03—0·05—0·1—0·15—0·25 (1. J., 1—3, 3—5, 5—7, 7—9, 9—11, 11—14). Als Vehikel wurde warme Milch benutzt. Von schädlichen Nebenwirkungen wird nichts berichtet. — (Budapesti orvosi ujság, Nr. 1, 1907.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Neuere Mittel und Anwendungsformen.

Tannothymal.

Hermann Hildebrandt bringt in der Münch. med. Wochenschr. Nr. 25 (18. Juni 1907) eine rein pharmakologische hochinteressante Arbeit über das Verhalten von Oxybenzyltanninen (aus dem pharmakol. Institut in Halle). Die rein chemischen Angaben über Tanninderivate können an dieser Stelle nicht gebracht werden. Hildebrandt erscheint für die praktische Anwendung das Thymolderivat des Tannins am meisten geeignet, umsomehr, als Thymol selbst nach vielfältiger Erfahrung das unschädlichste von allen Phenolen ist und sich für die innerliche Anwendung als Darmdesinfiziens und gegenüber gewissen Darmparasiten bewährt hat.

An gleicher Stelle berichtet O. Baumgarten (Halle) über seine praktischen Erfahrungen mit Tannothymal. Dasselbe ist ein Kondensationsprodukt aus Tannin, Phenol (bezw. Thymol) und Formaldehyd. Es belästigt infolge seiner Unlöslichkeit in Säuren den Magen in keiner Weise, ist anderseits im alkalischen Darmsaft löslich und spaltbar, geschmacklos und durch seine Phenolkomponente imstande, eine besondere antiseptische Wirkung zu entfalten. Das Tannothymal wird von der Firma Schimmel & Comp. in Miltitz bei Leipzig hergestellt (die sich durch ihre wissenschaftlich so wertvollen halbjährlichen Berichte über die Fortschritte in der Fabrikation und Anwendung ätherischer Oele auch in ärztlichen Kreisen einen Namen gemacht hat. Ref.). Das Mittel wurde nach Vorversuchen von Baumgarten in einigen Fällen hochgradiger, durch die gewöhnlichen Tanninpräparate nicht zu beeinflussender Diarrhöen angewandt, und zwar, wie die kurzen Krankengeschichten beweisen, mit großem Nutzen. Es kann deshalb den Kollegen eine Nachprüfung dieser Ergebnisse dringend angeraten werden; zweifellos wird die fabrizierende Firma gern Proben überlassen.

(Es kann dem praktischen Arzte nur sehr willkommen sein, in eine Nachprüfung eines derartigen Mittels einzutreten, wenn er weiß, daß die Einführung desselben in die Praxis auf wissenschaftlich einwandsfreie Weise geschieht, wie im vorliegenden Fall. Sind doch leider die Fälle viel, viel häufiger, in denen zweifelhafte, neue Erzeugnisse der chemischen Industrie in unanständiger, aufdringlicher Weise von Aerzten empfohlen werden, die allerdings dadurch, daß sie in letzter Zeit ihr schamloses „Empfehlerhandwerk“ übertreiben, sich den aufmerksam Lesenden „wohl“bekannt gemacht haben. Die von ihnen empfohlenen Präparate und ihre von einer gewissen Kategorie von medizinischen „wissenschaftlichen“ Zeitschriften unentwegt gebrachten „Empfehlerarbeiten“ sollen von den

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, erbeten.

Kollegen prinzipiell als hochgradig verdächtig unberücksichtigt bleiben. Die Präparate, wie die Zeitschriften, die mit solchen „Arbeiten“ ihre gähnenden Spalten füllen und ihre überflüssige Existenz fristen. — Fritz Loeb.)

Blenal.

Blenal ist der Kohlensäureester des Santalols und verdankt seine Herstellung dem Bestreben, die Reizwirkung des reinen Sandelöls durch Veresterung mit einer indifferenten Säure zu beseitigen. Dieses Ziel scheint nach den Erfahrungen von Brenning und Lewitt im Blenal erreicht worden zu sein. Dank dem kleinen Moluklargewicht der Kohlensäure ist der Gehalt des Blenals an dem wirksamen Bestandteil, dem Santalol, ein sehr hoher: 94%. Die günstigen Wirkungen des Santalols kamen in den meisten Fällen voll zur Geltung; sie bestanden in einer Klärung des Urins und in einer günstigen Beeinflussung der subjektiven Symptome und des Ausflusses. — (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 17, 1907.)

Synthetisches Suprarenin.

Die pharmakologische Untersuchung des synthetischen Suprarenins wurde im pharmakologischen Institut der Universität Breslau von Biberfeld ausgeführt. Sie ergab, daß es in seiner Wirkung identisch ist mit den aus Orangen gewonnenen Nebennierenpräparaten. Es scheint etwas stärker und gleichmäßiger als das aus Nebennieren gewonnene Präparat zu wirken, was jedenfalls auf seine absolute chemische Reinheit zurückzuführen ist. Auch sind die Lösungen des synthetischen Suprarenins besser haltbar. Die jeweils nötige Menge der Lösung kann vor Gebrauch durch Aufkochen sterilisiert werden, ohne daß die Wirksamkeit nachläßt. Die blutdrucksteigernde, gefäßverengernde, pupillenerweiternde und diuretische Wirkung ist die gleiche, wie die des aus Nebennieren hergestellten Suprarenins. Die vergleichende Untersuchung zwischen dem synthetischen und natürlichen Suprarenin in Bezug auf Giftigkeit ergab ebenfalls genau übereinstimmende Resultate. Das synthetische Suprarenin findet fast in allen Zweigen der Medizin Anwendung, und zwar: 1. In der Augenheilkunde: in Verbindung mit einem Lokalanästhetikum zur Erzeugung von Anästhesie zugleich mit Blutleere, bei Episkleritis, Frühjahrskatarrh, chronischer Konjunktivitis, bei Iritis, Glaukom, bei Operationen. 2. In der Oto-Rhino-Laryngologie: bei Tubenkatarrh und blutenden Mittelohrpolypen; bei Operationen in der Nase, Nasenbluten, Schnupfen, Heufieber, Nebenhöhlenempyemen und auch zu diagnostischen Zwecken, um die tiefen Teile in der Nase besser sichtbar zu machen; bei Operationen an dem Larynx. 3. In der Chirurgie: als Zusatz zu Anästheticis, welche zur Infiltrations-, zentralen Leitungs- und Medullaranästhesie Verwendung finden; ferner bei lebensgefährlichen Blutungen zur Tamponade. 4. In der Urologie: bei Blasengeschwülsten, Blutungen der Blase oder der Urethra und bei Strikturen. 5. In der Gynäkologie: bei Uterusblutungen infolge von Endometritis oder Fibromen. 6. In Fällen von Magen- und Darmblutungen.

In der Ohren- und Nasenheilkunde sind die Lösungen von 1:1000 bis 1:5000 anzuwenden, ebenso in der Chirurgie; in den Konjunktivalsack genügt es, einige Tropfen der Lösungen von 1:5000 bis 1:10.000 einzubringen, um Anämie zu erzeugen; bei Blasenblutungen verwendet man die Lösung von 1:10.000. Zu subkutanen Injektionen werden als Maximaldosis 0·0005 g Suprarenin = $^1/_2$ cm^3 einer Lösung von 1:1000 oder 1 cm^3 einer Lösung von 1:2000 angewandt. Bei Magen- und Darmblutungen empfiehlt es sich, 20—30 Tropfen einer Suprareninlösung von 1:1000 per os zu verabfolgen.

Das synthetische Suprarenin wird von den Farbwerken vorm. Meister, Lucius & Brüning in Höchst a. M. als salzsaures Salz in steriler Lösung 1:1000 unter der Bezeichnung Solutio Suprarenin. hydrochlor. synthetici in Fläschchen zu 5 und 10 cm^3 in den Handel gebracht. — (Pharm. Ztg. Nr. 45, 1907.)

Pilulae Goldhammer.

Einem Prospekt über Goldhammers gelatinierte Wismutpillen ist zu



entnehmen, daß dieses neue Präparat sich schon eine Reihe von Freunden erworben hat, die es wegen seiner günstigen Beeinflussung von mit Flatulenz, Gärungen und Meteorismus einhergehenden Dünn- und Dickdarmkatarrhen schätzen und empfehlen;*) die Hauptbestandteile sind Bismuth. subgallic. 5·0, Menth. pip. 3·5, Carbo veget. 6·0 in 50 Pillen. Man verordnet Pilulae Goldhammer 1 Orig.-Dose. S. 2—5 Stück, dreimal täglich, stets während der Mahlzeit zu nehmen; Kindern täglich 1—3 Pillen.

Monotal.

Ueber Monotal hat neuerdings R. Müller (Elberfeld) Untersuchungen angestellt und die günstigen Angaben von Hecht (siehe Juniheft des Zentralbl.) bestätigt. Müller sieht im Monotal das bis jetzt pharmakologisch rationellste externe Mittel von ausgezeichnetem Erfolg zur Behandlung von Neuralgien im engeren und weiteren Sinne. Bei rheumatischen Erkrankungen versagt es in seiner therapeutischen Wirksamkeit und ist differentialdiagnostisch ex juvantibus dem Mesontan gegenüberzustellen. Es eignet sich gut zur Behandlung der begleitenden Schmerzen bei Pleuritis und Lungentuberkulose, ohne aber letztere sichtlich objektiv zu beeinflussen. Das Mittel ist, wie das Guajakol, von allgemeiner pharmakologischer Wirksamkeit, ohne aber in anderen Fällen als den angeführten eine spezifische Heilwirkung zu besitzen. — (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 26, 1907.)

Therapeutisches aus der pädiatrischen Praxis.

R. Wohrizek berichtet in der Ther. d. Gegenw., März 1907, über die an der Kinderpoliklinik von Dr. H. Neumann in Berlin mit einer Reihe von neueren Präparaten gewonnenen Erfahrungen.

Von den Nähr- und Genußmitteln erwähnt er in erster Linie das Sanatogen. Bei größeren Kindern wurde es zur Bekämpfung der bei Skrophulose häufigen Appetitlosigkeit gegeben; es wurde mit 3—4 Teelöffeln im Tage ein gewisser Erfolg erzielt. Recht nützlich erwies sich das Sanatogen bei Säuglingen. Sonst gesunde Brustkinder, die ohne organischen Grund im Gewicht stehen blieben, nahmen mehrfach bei Verabreichung von dreimal 1/2 Teelöffel im Tage während der nächsten Woche rapid an Gewicht zu. Ferner wurde Sanatogen häufig bei Kindern gegeben, denen wegen der Gefahr tetanoider Krämpfe für einige Zeit die Milch entzogen werden mußte. Der Ersatznahrung, die hauptsächlich aus Kohlehydraten mit etwas Oel oder Butter bestand, wurde gern Sanatogen (1/2—1 Teelöffel dreimal täglich) zugefügt. Bei Säuglingen mit chronischen Erkrankungen scheint das Mittel das Körpergewicht günstig zu beeinflussen.

Soxhlets Nährzucker (Nährmittelfabrik München) besteht aus gut vermalztem Mehl und enthält einen Zusatz von Kochsalz und sauren Kalksalzen. Es gibt auch Präparate mit Kakao- und mit Eisenzusatz. Der Nährzucker ist ein guter Ersatz für Rohr- oder Milchzucker und kann der verdünnenden Schleimsuppe in einer Menge bis zu 10% zugefügt werden. Er ist weniger süß als die anderen Zuckerarten und stopft bei reichlicher Darreichung; aus beiden Gründen empfiehlt es sich zuweilen, einen Teil der Zuckermenge durch gewöhnlichen Rohrzucker zu ersetzen. Bei akuten Darmstörungen kann man bald nach ihrem Abklingen Schleim mit 5%, dann mit 10% Nährzucker geben. Nährzucker ohne Zusatz von Salzen wurde jenseits des Säuglingsalters statt des Rohrzuckers bei allen Ernährungsstörungen und Darmkrankheiten gegeben, in denen eine reichliche Ernährung angezeigt ist und die Nahrung eher stopfen als abführen soll. Er wird dem Tee, Kakao, den Breien, Kompotten und Obstsäften, z. B. bei chronischen Darmkatar-

*) Unter den das Mittel im vorliegenden Prospekt günstig beurteilenden Aerzten finden sich auch die Namen Wegele und Gilbert. Das spricht zwar für das Präparat, man war aber bisher von beiden Kollegen nicht gewohnt, daß sie auf Prospekten prangen.

rhen oder bei Typhus (mit Durchfällen) zugesetzt.

Buttermilchkonserven sind angezeigt, wo es an zuverlässiger frischer Buttermilch fehlt oder wo nur gelegentlich und in kleinen Mengen (z. B. bei allaitement mixte) Buttermilch gebraucht wird. Die Buttermilchkonserve nach Biedert und Selter wird aus Magermilch gewonnen und enthält einen kleinen Zusatz von Mehl. Die Indikation für die Konserven ist natürlich die gleiche wie überhaupt für Buttermilchsuppe.

V. Dungerns Pegnin ist bekanntlich ein mit Milchzucker vermischtes Labferment. Vf. versichert auf Grund seiner Erfahrungen, daß die Pegninmilch sehr oft bei Erbrechen der Säuglinge „zauberhaft" wirkt. Das ist besonders wichtig, da außer dem dyspeptischen Erbrechen bei Säuglingen auch aus verschiedenen anderen Ursachen Erbrechen häufig vorkommt, dem man oft ratlos gegenüberstand. Auch bei Pylorospasmus sah Vf. gelegentlich schöne Erfolge. Uebrigens schien die Pegninmilch zuweilen auch bei den Dyspepsien stark unterernährter Flaschenkinder Gutes zu leisten. Bei jungen Säuglingen wurde die Pegninmilch nicht rein, sondern in mäßigen Verdünnungen gegeben.

Von den innerlichen Medikamenten erwähnt Vf. zuerst die Bismutose. Sie ist eine Wismut-Eiweißverbindung, die in Flüssigkeiten leicht quillt und eine homogene Suspension bildet. Vf. gab die Bismutose immer in Schüttelmixtur bis zu 1 g in drei Stunden (Bismutose 10·0, Mucilag. gumm. arab. 10·0, Aq. dest. 100·0) und fand, daß sie gut genommen wurde, wenn man nicht zu viel Mucilago zusetzte.

Das Bismon ist ein in Wasser leicht lösliches, kolloidales Wismutoxyd und wird in 5—10%igen Lösungen gegeben (1/2 g alle drei Stunden). Im allgemeinen gibt Vf. der Bismutose den Vorzug, die überall, wo eine gute Indikation für Wismut vorlag, entsprechend der Erwartung wirkte, also wesentlich bei subakuten und chronischen Darmstörungen der Flaschenkinder, unter Umständen auch bei Dyspepsien der Brustkinder.

Im Bismutum bitannicum erhöht neben dem Wismut noch ein leicht abspaltbares Tanninmolekül die adstringierende Wirkung. Es wurde in Dosen zu 1 g alle 2—3 Stunden gegeben und leicht eingenommen.

Auch das Tanninum albuminatum wurde gern gegeben in gehäuften Dosen: alle Stunden in Mengen von etwa 1 g; Aussetzen für den übrigen Tag nach drei bis vier Dosen.

Das Urotropin wurde mit gutem Erfolg bei Erkrankungen der Harnwege (Pyelonephritis, Pyelitis, Pyelozystitis) gegeben und wirkte unabhängig von der Reaktion des entleerten Urins. Bei Dosen, die beim Säugling zunächst bis zu 3/4 g täglich betragen können, tritt gewöhnlich bald Entfieberung ein, die sich mit einer sichtlichen Besserung im Befinden verbindet. Etwa vorhandene Strangurie verschwindet, die Gesichtsfarbe wird frischer, der Appetit stellt sich wieder ein. Die Eitermenge im Harn vermindert sich allmählich und unter gelegentlichen Schwankungen. Selbst wenn der Harn ganz eiterfrei ist, muß das Urotropin noch wochenlang in kleineren Gaben weitergereicht werden.

Bei Verstopfung wurde Purgen gegeben. Babypurgen und Purgen für Erwachsene (es wird bekanntlich von diesem zuverlässigen Purgiermittel auch eine dritte Form: Purgen für Bettlägerige hergestellt) erzielen bei Säuglingen, bezw. bei Kindern nach dem ersten Lebensjahre in der Menge von 1—2 Tabletten in 4—6 Stunden Stuhlgang; Leibschmerzen oder andere unangenehme Begleiterscheinungen traten nicht ein.

Thiocol „Roche" wurde oft bei Erkrankungen der Luftwege gegeben. Es erwies sich nützlich bei akuten und chronischen Bronchialkatarrhen, dann bei subakuten und chronischen Pneumonien. Der Lungenbefund wurde gewöhnlich schnell günstiger und der Hustenreiz seltener, auch der Appetit stellte sich bald

wieder ein. Bei Tuberkulose versagte es. Die Dosen von 1/2—1 g im Säuglingsalter, auch größere Dosen bis zu 1 1/2 g für das zweite Lebensjahr haben nie schädliche Nebenwirkungen gezeigt.

Von der Digitalinanwendung hat Vf. Erfolge gesehen. Er bevorzugt die Abmessung des notwendigen Quantums mit der Pipette und bezeichnet die Verabreichung in Tropfenform als zu unzuverlässig.

Aeußere Medikamente: Zinkölpaste führt in den meisten Fällen von akuten Ekzemen zum Ziel.

Das Vasenolpuder enthält 10% Vasenol mit indifferenter Pulvergrundlage und Zinkoxyd. Durch Einstäuben und sanftes Verreiben dieses Fettpuders mehrmals am Tage an den erkrankten Hautstellen hat Vf. Trockenheit und Abblassung in kurzer Zeit erreicht, die Haut fühlte sich bald weich und elastisch an. Der Paste bediente sich Vf. hauptsächlich für nässende Gesichtsausschläge, da sie besser als der Puder haftet. Genügt diese einfache Fettpuderbehandlung nicht, so kann man einen Versuch mit Naftalan machen, einem aus der Naphta gewonnenen Destillationsprodukt, das in Fetten leicht löslich ist. Es wurde als Salbe (1:2—3 Vaselin) oder in der als Hausnaftalan bezeichneten fertigen Tubenpackung gegeben. Es ist milde genug, um auch auf nässende Hautstellen gebracht zu werden und wirkt anderseits in einem gewissen Grade juckmildernd. Letztere Wirkung hat bei relativer Reizlosigkeit in noch höherem Grade das Tumenol (Höchster Farbwerke), und zwar das Tumenol-ammonium. Dies aus Schiefer gewonnene Mineralöl hat sich schnell in die Ekzemtherapie eingebürgert. Seinen juckmildernden und heilenden Einfluß konnte Vf. bei allen subakuten und chronischen Ekzemen, besonders aber bei dem Gesichtsekzem der Säuglinge feststellen; es wurde in der Regel als 5%ige Paste verwendet.

Gegen die Schweiße der Rhachitiker bewährte sich das Guajakolformaldehydpräparat Euguform der chemischen Fabrik Güstrow. Es wurde in Pulverform auf die Haut gestreut und verrieben.

Tiodine.

Werden Thiosinamin und Jodäthyl im molekularen Verhältnis langsam am Rückflußkühler erhitzt, so erhält man eine neue organische Jodverbindung, Tiodine, welche weiße Kristalle bildet. Es enthält 46% organisch gebundenes Jod, löst sich in Wasser in jedem Verhältnis, ist aber in Alkohol schwer löslich. Findet Anwendung ebenso wie bei Thiosinamin und Fibrolysin zur Auflockerung und Erweichung von Narbengeweben und bei Lymphdrüsengeschwülsten. Dosis beträgt 0·1 g zweimal täglich in Pillen oder subkutan 1 cm³ der 10- bezw. 20%igen Lösung. Die (schmerzlosen) Injektionen sollen mit der Verabreichung der Pillen tagweise abwechseln. — (Zentralbl. f. Pharm. Nr. 47, 1907.)

b) Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel.

Gioddu ist nach „Milchwirtschaftl. Zentralbl.“, 1907, ein dem Kefir ähnliches Milchprodukt, das von den Schäfern einiger Gebirgszüge Sardiniens seit undenklicher Zeit hergestellt wird. Zur Bereitung wird ein Löffel alten Gioddus mit der vierfachen Menge abgekochter und auf 35° abgekühlter Milch vermischt und diese Mischung der in Gärung zu versetzenden Kuh-, Schaf- oder Ziegenmilch zugesetzt. Die Gärung wird hervorgerufen durch den Saccharomyces sardous und den Bacillus sardous, die in Symbiose wachsen.

Ferrolezithin wird nach Lengerke hergestellt aus dem Thyra-Süßwein (siehe unten Lezithin-Kraftwein) und enthält in 1 l 1·25 Pflanzenlezithin, 0·95 Phosphorsäure und 1·42 Eisenoxyd in organischer Verbindung. Gabe: für Erwachsene 1 Likörglas 2—3mal täglich kurz vor dem Essen; für Kinder die Hälfte. Darsteller: Chemisches Laboratorium J. Weirich in Straßburg i. Els.

Lezithin-Kraftwein ist ein Süßwein, der auf der Insel Thyra gewonnen wird und natürliches Pflanzen-Lezithin enthält. Er enthält in 100 cm³ 15·16

Volumprozent Alkohol, 15·35 Extr., 5·89 zuckerfreien Extraktrest, 0·526 Mineralstoffe, 9·58 Invertzucker, 0·095 Phosphorsäure, 0·049 Stickstoff und 0·13 Pflanzen-Lezithin. Bezugsquelle: J. Weirich in Straßburg i. Els. — (Pharm. Post, Nr. 10, 1907.)

Liquor Ferri subformicici ist ein dem Liquor Ferri subacetici entsprechendes Präparat, das sich an der Stelle des letzteren als Tonikum empfiehlt, da es die Wirkung des Eisens und der Ameisensäure darin vereinigt. Der Liquor ist eine dunkelrotbraune Flüssigkeit mit einem Gehalte von 3·8% Eisenoxyd.

c) Mittel für äußerlichen Gebrauch.

Corosuccin, ein neues Antiseptikum, ist das Produkt der Verbindung einer schwachen Lösung von $HgCl_2$ und einer ziemlich konzentrierten Lösung von Bernsteinsäure. Eine Lösung von Sublimat von 1:20.000, welche 2% Bernsteinsäure enthält, vermag dieselbe kräftige Desinfektion auszuüben, wie die einfache 20%ige Sublimatlösung; 1 l Corosuccin enthält also nicht mehr als 50 mg Sublimat. — (Pharm. Post, Nr. 51, 1906.)

Para-Lysol, eine Alkalikresolverbindung, stellt nach Nieter weiße, bei 146° schmelzende Kristalle dar, die 8·3% Kalium und 91·7% Kresol enthalten und als festes Kresolseifenpräparat bezeichnet werden. Es kommt in Form von Tabletten zu Desinfektionszwecken in den Handel. Fabrikant: Schülke und Mayr in Hamburg. — (Pharm. Ztg., Nr. 41, 1907.)

Pusol ist ein Phenol und Kampfer enthaltendes Streupulver; wird sowohl allein, als auch in Salbenform bei Hautleiden angewendet.

Sapozon ist eine nach Gießler hergestellte, nicht ätzend wirkende Sauerstoffseife, deren Sauerstoff abgebender Bestandteil ein Perborat (wahrscheinlich Natriumperborat) ist. Dieselbe wirkt desinfizierend, desodorierend und bleichend, und eignet sich auch zur Behandlung verschiedener Hautkrankheiten. Fabrikant: Paul Hartmann in Heidenheim a. Br.

Unguentum Chrysarobini comp. Unna besteht aus: Chrysarobin, Ichthyol āā 5·0, Acid. salicylic. 2·0, Vaselin. flav. 88·0.

2. Behandlungsmethoden.

Syphilisbehandlung.

Die Anwendung des 40%igen „grauen Oeles" (Oleum cinereum) zur Behandlung der Syphilis bespricht Privatdozent K. Zieler (Breslau). Das seit einem Jahre in der Breslauer Klinik angewandte Präparat enthält 40% reines, metallisches Quecksilber (Hydrarg. bidestillat. pro analysi Merck), Lanolin. puriss. steril. 12%, Vaselin. alb. puriss. steril. 13%, Paraffin. liquid. steril. 35%. Die Mischung hat eine salbenartige Konsistenz und muß vor dem Gebrauche erwärmt (aber nicht über 30°) und kräftig geschüttelt werden. Von diesem grauen Oel genügt die Einführung einer kleinen Menge — die höchste verwendete Dosis beträgt 0·28 cm³ — um die gewünschte Wirkung zu erzielen. An Sicherheit, Schnelligkeit und Energie der Wirkung entspricht es allen Anforderungen, auch an Verträglichkeit; denn die Einspritzungen sind im allgemeinen schmerzlos oder nur wenig schmerzhaft und führen ziemlich selten zu Knotenbildungen. Die Wirkung tritt zwar erst langsam ein, steht aber an Energie höchstens dem Kalomel nach. Die Einspritzungen können in 4—5tägigen Zwischenräumen gemacht werden; es empfiehlt sich aber, die Pausen bald auf 6—7 Tage zu verlängern, wegen der nachhaltigen Wirkung des Präparats. Die gewöhnliche Dosis betrug 0·07 g Hg, die höchste 0·14 g Hg.

Abgesehen von wenigen Fällen, waren die Erfahrungen Zielers außerordentlich günstige. Bei der Anwendung des grauen Oeles sind nur einige Vorsichtsmaßregeln zu berücksichtigen, deren Nichtbeachtung sehr unangenehme Ereignisse bedingen kann: 1. Bei der geringen Zuverlässigkeit der Pravazspritzen ist ein besonderes Instrumentarium nötig: die von Barthélemy angegebene Spritze, von der jeder Teilstrich 0·01 g Hg entspricht (für Oel mit 40% Hg). 2. Die Injektionen werden am

besten in die Muskulatur gemacht, oder wenigstens tief subkutan, unter Vermeidung von Venen (Abnahme der Spritzen = Aspiration). 3. Es darf kein graues Oel im Stichkanal bleiben, da das zu Infiltraten und selbst Abszessen führt. 4. Im Verlaufe einer Kur darf niemals dieselbe Stelle zweimal benutzt werden, da sonst die Gefahr einer unerwünscht starken Resorption besteht. 5. Wegen der lange anhaltenden Wirkung des Präparats ist eine exakte Mundpflege fast noch wichtiger, als bei der Anwendung anderer Präparate; wenn möglich, soll eine Kur mit grauem Oel nicht begonnen werden, wenn Zähne und Mundschleimhaut sich in einem schlechten Zustand befinden. 6. Aus dem gleichen Grunde darf das graue Oel nicht angewendet werden, wenn die inneren Organe, besonders Nieren, Darm und Leber, nicht völlig gesund sind (Arteriosklerose!). Dasselbe gilt für alle chronischen Intoxikationen (Alkohol, Blei, Tabak etc.), ebenso für die Anwendung bei alten Leuten, Kachektischen, Gichtikern, Tuberkulösen, Schwangeren mit Nierenstörungen und bei gewissen nervösen Erkrankungen (Hysterie, Epilepsie etc.).

Vf. ist auf Grund seiner Erfahrungen der Meinung, daß das graue Oel eine entschiedene Bereicherung unseres Arzneischatzes darstellt und bei genügender Vorsicht in der Anwendung, was Technik und Auswahl der Fälle anlangt, ein absolut ungefährliches Mittel ist. — (Allg. med. Zentral-Ztg., Nr. 26, 1907.)

Intramuskuläre Kollargolinjektionen.

An Stelle der oft nicht durchführbaren intravenösen Injektion hat C a p i t a n die intramuskuläre Injektion von Kollargol angewandt. Die Wirkung war unbestreitbar, die Injektion nicht oder nur wenig schmerzhaft; es blieb nur ausnahmsweise für einige Tage ein Knoten an der Injektionsstelle bestehen. Er empfiehlt, sich einer langen Injektionsnadel zu bedienen und dieselbe mindestens 3 cm tief einzustechen, am besten in das obere Drittel des Gesäßes. Vf. machte täglich mehrere Injektionen von je 2 cm³ der 2%igen Lösung, und zwar am ersten Tage sechs, am zweiten vier, am dritten drei, am vierten zwei. Da die Vornahme der intravenösen Injektion oft an technischen Schwierigkeiten scheitert und die subkutane sich durch ihre Schmerzhaftigkeit und die darauf eintretende Knotenbildung verbietet, verdient diese einfache und wirksame Methode Beachtung. — (Bullet. med., Nr. 13, 1907.)

Lupusbehandlung.

In einer Arbeit aus der Lemberger dermatologischen Klinik berichtet J o s e f S w i a t k i e w i c z über die Behandlung des Lupus mit E u g a l l o l. Das E u g a l l o l ist ein Derivat der Pyrogallussäure. Es bildet eine dicke, durchsichtige, geruchlose braungelbe Masse, die sich leicht in Wasser und Azeton löst. Das im Handel vertriebene E u g a l l o l ist mit Azeton verdünnt (66 Teile E u g a l l o l mit 33 Teilen Azeton). Vf. hat das Mittel in Verdünnung mit Azeton in der Form von Kompressen angewandt. Die Kompresse wirkt mazerierend und erleichtert so den Kontakt des Mittels mit dem kranken Hautgewebe. In Fällen von Ulzerationen wurden 3—4 Tage lang vor Anwendung des Mittels behufs Reinigung B u r o w sche Kompressen aufgelegt (im Verhältnis von 1 : 5 Wasser). In Fällen, wo der Lupus narbig war oder bei sehr üppigen epithelbedeckten Granulationen genügte eine einfache Reinigung mit Aether und Alkohol. Von der 5%igen Lösung wurde allmählich zu 20- und 30%iger, ja selbst 60%iger Lösung übergegangen. Etwa 16—20mal zusammengelegte Gaze, gut mit der E u g a l l o l l ö s u n g durchtränkt, wurde auf die kranken Hautstellen gelegt. Die Gazekompresse wurde mit abgepaßtem Billrothbattist bedeckt, darauf kam Watte und ein Verband. Aus den bisher an 18 Fällen gesammelten Erfahrungen ergibt sich: 1. Das E u g a l l o l wirkt stark reduzierend, fressend. Schwache Lösungen ergaben gar keine Resultate, stärkere, 20—30%ige Lösungen griffen die erkrankten Stellen an, aber nach Abfallen des Schorfes erwies sich die Einwirkung als eine zu oberflächliche; stärkere Lösungen riefen starke Reaktionen hervor. Diese schwan-

den aber schnell unter Burowschen Kompressen, ohne den Kranken besondere Beschwerden zu machen. 2. Das Eugallol wirkt energisch genug, um selbst tiefgreifende Infiltrate zu zerstören und zu deren Elimination zu führen. 3. Die Wirkung ist auch in kosmetischer Beziehung gut, weil die gesunde Haut nicht angegriffen wird. 4. Diese Behandlung veranlaßt keine erheblichen Beschwerden; wenn Schmerz auftritt, so ist er von kurzer Dauer, übrigens fehlt er oft ganz. 5. Die Behandlung ist keine besonders langdauernde, wenigstens dauert sie nicht länger als andere Behandlungsmethoden. 6. Eugallol darf auch angewendet werden, wenn der Krankheitsprozeß sich auf die Schleimhaut der Nase und Lippen erstreckt. 7. Bei Eugalloltherapie erfolgen keinerlei Komplikationen, Temperatursteigerungen, Reizungen der Nieren etc. — (Allg. med. Zentral-Ztg., Nr. 27, 1907.)

Behandlung des Erysipels.

Blair empfiehlt zur lokalen Behandlung des Erysipels Ichthyol als 10- bis 40%ige Salbe oder als 10%iges Kollodium oder Umschläge mit Pikrinsäurelösung, 6‰, oder mit Lösung von Tinct. Veratr. virid. 1:15. — (Amer. journ. of derm., Bd. 10, Nr. 11.)

Skabiesbehandlung beim Kinde.

Bei ganz jungen Kindern reizt die gewöhnliche Krätzekur zu sehr; sie verursacht häufig Ekzem und Impetigo. Gaston empfiehlt folgende Behandlungsmethode: 1. Abends gibt man ein alkalisches Bad (10—20 g Kal. carbonic.); im Bade wird die Haut eingerieben mit: Sapon. alb. 17·0, Kal. sulfurat. 8·0, Ol. Oliv. 7·0, Ol. Thymi 0·8. Nach dem Bade und dem Abtrocknen findet eine Einreibung statt mit: Ol. camphorat. 100·0, Styrax 20·0, Balsam. peruv. 5·0. Am anderen Tage Seifenbad. An den darauf folgenden Tagen Amylumbad und tägliche Einreibung mit: Sulfur. praec. 1·0, Borax 2·0, Vaselin., Lanolin aā 15·0, Zinc. oxyd. 10·0. Im Falle von Ekzema oder Impetigo post scabiem macht man Einreibungen mit Balsamum peruvianum in Olivenöl zu 5—10% gelöst oder mit schwachen Schwefel- und Sodasalben. — (Korresp.-Bl. f. Schw. Aerzte, Nr. 3, 1907.)

Bekämpfung des Pruritus.

Bekanntlich stehen wir sehr oft der Bekämpfung der Pruritus zu unserem und unserer Patienten Leidwesen machtlos gegenüber. Die vernünftigsten Patienten können oft dem entsetzlichen Drange, sich zu kratzen, nicht widerstehen und vermehren dadurch nur ihre Beschwerden. In manchen Fällen hilft Bromokoll, das vor einigen Jahren direkt als ein Spezifikum gegen Pruritus empfohlen wurde, das aber allmählich wieder — jedenfalls nicht ohne Grund — aus der Mode gekommen. Mindestens ebenso viel hilft das warme Dauerbad. Wer auch damit keine Erfolge erzielt, dem ist wohl von Interesse zu erfahren, daß in neuester Zeit in Amerika schöne Erfolge in der Pruritusbekämpfung — besonders auch des Pruritus vulvae — erzielt wurden durch die Anwendung von Pilokarpin. John J. Reid (New-York) berichtet darüber im Medical Record (Nr. 21 vom 25. Mai). Die Verordnung des Mittels war eine interne. Das Verfahren ist auf alle Fälle einer Nachprüfung wert.

Warzenbehandlung.

McGowan empfiehlt neben Kauterisation eine Pinselung von Acid. lactic. und Acid. salicylic. āā 0·5 und Collodium elast. 7·0.

Heufieberbehandlung.

Heufiebermittel nach Dr. von Borosini ist ein Nebennierenextrakt, welches in Form steriler 5%iger Lösungen in den Handel kommt. Man tränkt damit etwas Watte und schiebt diese in die Nasenhöhle. Bei Augenkatarrh werden 1—2 Tropfen täglich ins Auge geträufelt. (Fabrikant: Dr. Freund und Dr. Redlich in Berlin.) — (Pharm. Ztg. Nr. 8, 1907.)

Rhinoculinpräparate werden hergestellt als: Pulver, Spray oder Creme; sie enthalten Paranephrin und Anästhesin und finden Anwendung zur Behandlung

entzündlicher Zustände von Nase und Auge bei Heuschnupfen.

3. Rezeptformeln.

Ulzeröse Angina.

1. Rp. Natr. benzoic. 8·0
Resorcin. 6·0
Antipyrin. 4·0
Glycerin. 250·0

M. D. S. Ein Kaffeelöffel in einem halben Glase lauwarmen Wassers zu Gurgelungen.

2. Rp. Acid. carbolic. crist. 0·6
Morph. hydrochloric. 0·25--0·5
Cocain. hydrochloric. 0·5 - 1·0
Menthol. 1·0
Glycerin. 50·0
Aq. dest. ad 500·0

M. D. S. Mit Hilfe eines Sprayapparates auf die erkrankten Mandeln zu applizieren (das Menthol wird für sich in etwas Spiritus aufgelöst, filtriert und der Masse zugesetzt).

3. Rp. Antipyrin. }
Natr. bromat. } āā 5·0
Cocain. hydrochloric. 0·5
Glycerin. 50·0
Spirit. Menthae 5·0
Aq. dest. ad 500·0

M. D. S. Mittels eines Sprayapparates zu applizieren, drei- bis viermal täglich vor den Mahlzeiten.

4. Rp. Anästhesin. }
Dijodoform. } āā 5·0
Menthol. 1·0

M. f. pulv. D. S. Zu Einblasungen mit einem Pulverbläser.

Für schmerzlose Injektion löslicher Quecksilbersalze empfiehlt Th. Mayer folgende Formel:

1. Rp. Hydrargyri cyanati 1·0
Solve leni calore in
Aq. rec. dest. cont.
acidi borici 1% 30·0 refrigera.

2. Rp. Acoini (von Heyden) 0·4
Solve in Aq. frig. cont.
acidi borici 1% 70·0

M. D. in vitro fusco.
S. 2 bezw. 1 cm^3 zu injizieren.

Diarrhöen und Nachtschweiße der Phthisiker.

Rp. Plumbi acetici }
Pulv. rad. Althaeae } āā 5·0
Syr. simpl. q. s.
ut f. pil. Nr. L. Consperge Lycopodio.

D. S. Dreimal täglich eine Pille zu nehmen. — (Fouquier.)

(Jede Pille enthält 0·1! Plumbi acetici = maximale Einzeldosis.)

Lupus.

Rp. Phenoli monochlorati }
Lanolini }
Vaselini } āā 10·0
Amyli }

M. f. pasta.
D. S. Aeußerlich; zum Einreiben.

Die Paste bleibt zehn bis zwölf Stunden auf den kranken Stellen liegen; dann wird sie abgewischt und die Stellen mit Salizylsäuresalbe bedeckt. Am dritten Tag kommt die Paste wieder in Anwendung, nach einigen solchen Zyklen wird ein Salizylseifenpflaster aufgelegt bis zum Schwinden der Reizerscheinungen. — (Eisenberg.)

4. Varia.

Protargolsalbe.

R. Müller (Elberfeld) bringt in Nr. 11 der Berl. klin. Wochenschr. eine praktisch wichtige Arbeit über die Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung. Er hatte Gelegenheit, diese Salbe, deren Vorzüge auch von anderer Seite schon hervorgehoben worden sind, in Fällen schwerer Verbrennung und Verätzung in Anwendung zu ziehen, und wenn man die der Arbeit beigegebenen Figuren betrachtet, kann man es wohl verstehen, wenn er die Anwendung der Protargolsalbe bei derartigen Affektionen aufs wärmste empfiehlt. Er benützte eine 5- oder 10%ige Salbe. Auf die ordnungsmäßige Zubereitung dieser Protargolsalben ist besonderes Gewicht zu legen, weil hievon der Heileffekt wesentlich abhängt. Das Protargolpulver muß nämlich vor dem Verreiben mit der Fettmasse, erst in wenig kaltem Wasser gelöst werden. Diese konzentrierte

Protargollösung wird dann mit Lanolin. anhydr. aufgenommen und schließlich mit gelber amerikanischer Vaseline auf den gewünschten Prozentgehalt eingestellt. Man ordiniert also nach der Formel:

Rp. Protargol. 3·0 solve in
Aqu. dest. frig. 5·0 misc. c.
Lanolin. anhydr. 12·0 adde
Vaselin. flav. 10·0
M. f. ungt. S. Wundsalbe.

Die Salbe färbt sich bei längerem Stehen bräunlich durch Abspaltung minimaler Mengen metallischen Silbers. Dadurch werden aber weder der Wirkungsgrad noch die anderen Eigenschaften der Salbe beeinflußt, so daß im Nachdunkeln eine praktisch in Betracht kommende Schädigung derselben nicht zu erblicken ist.

Die Haltbarkeit von Sublimatverbandstoffen.

Nach Untersuchungen von W. Schmidt behalten die Sublimatwatten ihren Sublimatgehalt im allgemeinen längere Zeit, als die Gazen. Bezüglich der Ursache der Abnahme des Sublimatgehaltes verweist Vf. auf die Anschauung von Link und Voswinkel, derzufolge namentlich das in der Zellulose enthaltene Holzgummi als Ursache der Bildung von Umsetzungsprodukten aufzufassen ist, indem Holzgummi mit Sublimat Xylose und andere noch nicht charakterisierte, organische Umsetzungsprodukte liefert, die sowohl mit Sublimat als auch mit Kalomel Verbindungen eingehen. Schmidt hat nachgewiesen, daß diese Umsetzungsprodukte in Wasser unlöslich sind und ihnen keine antiseptische Wirkung mehr zukommt. Der Rückgang des Sublimatgehaltes bedingt aber keineswegs die Unbrauchbarkeit der betreffenden Verbandstoffe, da sie noch immer soviel Sublimat enthalten, um auch bei sehr starker Durchfeuchtung ihrem Zweck, Eitererreger von Wunden fernzuhalten, zu entsprechen. — (Pharm. Post, Nr. 21, 1907.)

Haltbare Adrenalinlösungen erhält man nach H. Finnemore aus:

Adrenalini	0·1
Alcohol. trichlorbutylic.	0·5
Natr. chlorati	0·9
Acid. hydrochlor. dil.	0·25
Acid. sulfuros.	0·25
Aquae qu. s. ad	100·0

Man kocht das Wasser 2—3 Minuten lang, kühlt es ab und löst in der ziemlich kalten Flüssigkeit den Trichlorbutylalkohol (der gleichzeitig konservierend und antiseptisch wirkt) und das Chlornatrium. Zu 25 cm^3 dieser nunmehr gänzlich erkalteten Lösung gibt man nacheinander die beiden Säuren und das Adrenalin, schüttelt bis zur Lösung gut durch und fügt den Rest der Natriumchloridlösung zu. — (Pharm. Ztg. Nr. 42, 1907.)

Bücher-Anzeigen.*)

Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung. Bearbeitet von Dr. Richard Lüders unter Mitwirkung von Dr. W. Thom. III. (Schluß-) Abteilung. Leipzig. Verlag von Benno Konegen. Seite 433 bis 918.

Wir haben die beiden ersten Abteilungen im „Zentralblatt“ besprochen und können das günstige Urteil über das Werk heute nach Kenntnisnahme der Schlußabteilung nur aufrecht halten. Das Buch enthält in der Tat fast alles wissenswertere über die zahllosen neueren Präparate. Es enthält sogar fast zuviel, denn das Zitieren der bekannten Autoren, die alle 14 Tage in einem anderen mehr oder weniger unter Ausschluß der Oeffentlichkeit erscheinenden Reklameblättchen eine „wissenschaftliche“ Arbeit loslassen und die von ihnen be„handel“ten Präparate unbedingt in den Augen denkender Aerzte nur diskreditieren können, hätte sehr zum Vorteil

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

des Werkes unterbleiben können Das immer wieder Bedauerliche ist nur, daß in letzter Zeit selbst in die wenigen anständigen Blätter sich auch derartige Arbeiten einschleichen und daß auch die bedeutenden Firmen der chemischen Industrie sich den Anerbietungen derartiger unwürdiger „Kollegen", die ihren Beruf verfehlt haben, nicht verschließen können. Jedem Kollegen kann die Anschaffung des Lüdersschen Buches nur empfohlen werden. Fritz Loeb, München.

Physikalische und diätetische Therapie der Gicht. Von S. Munter. 13. Heft der „Physikalische Therapie in Einzeldarstellungen". Stuttgart, 1906. Verlag von Ferdinand Enke. 70 Seiten.

Munter hat es verstanden, den oft spröden und noch öfter nicht ganz geklärten Stoff recht vollständig und in entsprechender Form zusammenzustellen. Vielen wird die dem therapeutischen Teil vorangeschickte Physiologie der Purinkörper zur Orientierung über das schwierige Gebiet willkommen sein; sie berücksichtigt auch die neuere Literatur in der gebührenden Weise. Die kurzen Ausführungen über die diätetische Behandlung der Gicht zeichnen sich wohltuend durch Maßhalten im Verbieten aus. Sehr ausführlich sind die physikalischen Behandlungsmethoden behandelt. Eine zusammenfassende Uebersicht, die dem Praktiker nach vielen theoretischen Auseinandersetzungen einen brauchbaren Wegweiser für die Anwendung dieser am Krankenbett gibt, schließt das Ganze vorteilhaft ab.

Schwimmende Sanatorien. Eine klimatotherapeutische Studie von Dr. Karl Diem, Wien. Unter technischer Mitarbeit von Ernst Kagerbauer. Mit 2 Schiffsplänen. Leipzig und Wien 1907. Verlag von Franz Deuticke. 111 Seiten. Preis 4·80 Kronen.

„Schwimmende Sanatorien" sind Schiffe, welche leidende Personen auf das Meer führen sollen. Das ist die kurze Definition, die Diem über das Titelthema gibt. In den allerletzten Jahren ist an verschiedenen Stellen der Gedanke an derartige Schiffssanatorien oder Kurschiffe, wie sie auch genannt wurden, aufgetaucht, er scheint aber für unsere heutige Generation noch nicht in wünschenswertem Maße realisierbar, denn man hat diese Frage immer wieder schnell von der Tagesordnung verschwinden sehen. Es ist nun ein begrüßenswertes Unternehmen der Verfasser, die Frage solcher Schiffssanatorien einmal vom Standpunkt des Arztes, des in Betracht kommenden Kranken und des Schiffsbautechnikers zu betrachten und es ist, so neu- und eigenartig uns Landratten (die wir das Gros der Aerzte repräsentieren) solche Kurschiffe erscheinen mögen, der Mühe wert, sich mit dieser Frage vertraut zu machen. Das kann an der Hand des vorliegenden Werkes in wünschenswertem Maße geschehen. Es werden in den einzelnen Kapiteln erörtert: die Klimate: die Meeresluft, das Meerwasser, das Licht an der See, Seereisen im allgemeinen, das schwimmende Sanatorium, die Passagiere des Kurschiffes, das Reiseziel der Kurfahrten.

Ein gutes Literaturverzeichnis sowie zwei große Schiffspläne sind dem lesenswerten Buch beigegeben. Fritz Loeb, München.

Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1905. Ein Jahrbuch für praktische Aerzte. Bearbeitet und herausgegeben von Doktor Arnold Pollatschek. XVII. Jahrgang. Wiesbaden 1906. Verlag von J. F. Bergmann.

Pollatscheks jährlich erscheinende Uebersicht über die Fortschritte der Therapie im jeweils vorausgegangenen Jahr ist — das kann man wohl von diesem Buch sagen, ohne sich einer Uebertreibung schuldig zu machen — jedem Arzt bekannt. Wenigstens soll dieses Buch jeder Arzt in seiner Bibliothek haben, denn es ragt turmhoch über die Masse der ähnlichen Werke, die in den letzten Jahren dem leider in so vieler Beziehung allzu eifrig beackerten Feld der medizinischen, speziell der therapeutischen Publizistik entsprossen. Es wächst auf diesem letzteren Gebiet viel, viel Unkraut und es ist tief bedauerlich, daß allmählich auch die schönsten Beete im Garten der medizinischen Publizistik dadurch verunstaltet werden. Es wird ja wohl damit nichts Neues gesagt, aber es wird diese Tatsache, die sich allen ehrlich denkenden und lesenden Aerzten aufgedrängt haben muß, aus leicht erklärlichen Gründen eben sehr selten schwarz auf weiß gebracht. Das „Zentralblatt für die gesamte Therapie"

hat sich von dem Unkraut gänzlich frei gehalten. Es sind mit dem giftigen Unkraut alle jene Arbeiten therapeutischen Inhaltes gemeint, die wir leider, leider jetzt in so überreichem Maße emporschießen sehen. Daran sind die Gärtner schuld, die Redakteure und die Verleger, in erster Linie aber die Redakteure. Die Verseuchung der medizinischen Zeitschriftenliteratur mit anrüchigen Arbeiten ist einfach widerlich geworden. Es ist nachgerade eine Schmach, zu sehen, wie das gute Urteil der minder Sattelfesten, die ja leider in der Majorität sein müssen, untergraben wird durch derartige Arbeiten, in denen eine gewisse Reihe „wohl" bekannter „Kollegen" heute dies und morgen jenes — wie es trifft — Präparat be„handeln". Man müßte, wenn man ein solches elendes Machwerk in die Hand bekommt, ja jedesmal glauben, jetzt ist's licht geworden in der Therapie, jetzt ist die Panacee gefunden. Aber wer sich auskennt, weiß, „wieviel" dahinter steckt. Viel nützen wird es ja nicht, davon öffentlich mit Entrüstung zu schreiben; die Schundliteratur wird in den Schundblättern weiter frech ihr Unwesen treiben und man wird es gar noch bedauern müssen, Pech angegriffen zu haben. Blätter mit volltönendem Titel, die Redakteure mit viel zu großem Selbstbewußtsein und viel zu geringem oder gänzlich fehlendem Verständnis für ihre hohe Aufgabe haben, werden nach wie vor solche „wissenschaftliche Arbeiten" aufnehmen und mit liebevoller Rücksicht auf den Annoncenteil ihres Blättchens sich den Anstandspflichten und der hohen Aufgabe ihrer redaktionellen Tätigkeit nicht bewußt werden wollen, aber es muß auch hier einmal Licht werden und die denkenden Kollegen werden mit der Zeit dazukommen, sich solchen Einflüssen zu entziehen. Es muß ihnen mit der Zeit auffallen, daß gewisse Aerzte in gewissen Blättern alle Augenblicke eine andere therapeutische Arbeit bringen, in der ein beliebiges neues Mittel über den Schellenkönig gelobt wird.

Warum wird das nun alles in der Besprechung des Pollatschekschen Buches gesagt? Weil sein Verfasser eine gute Auswahl getroffen hat in der Zusammenstellung der in den medizinischen Journalen veröffentlichten Arbeiten und Referate und weil man dieses Buch wirklich mit gutem Gewissen den Kollegen zur Anschaffung und zum Studium empfehlen kann. Und wenn in späteren Auflagen der Annoncenteil des Buches in Wegfall kommt, so wird man sagen können: es ist ein gänzlich einwandfreies Buch.

Fritz Loeb, München.

Gewerbliche Gesundheitspflege. Von Dr. A. Bender. Verlag von E. H. Moritz, Stuttgart.

Als 26. Band der „Bibliothek der Rechts- und Staatskunde" wird der Folge ein gemeinverständlich abgefaßter und durch den wohlfeilen Preis den breitesten Interessentenschichten zugänglicher Abriß der Gewerbehygiene angeschlossen, der in elf Punkten die wichtigsten Maßnahmen der Prophylaxe und des Arbeiterschutzes darlegt. Das Hauptaugenmerk wird hiebei den allgemeinen Aufgaben des in der Industrie erforderlichen Gesundheitsschutzes zugewendet, während das der persönlichen Abwehr gewidmete Arsenal eine nur kursorische Beleuchtung erfährt. In genauester Sachkenntnis führt Vf. die auf die Lüftung, Heizung und Beleuchtung der Arbeitsräume bezüglichen Erfordernisse und technischen Anlagen vor, woran sich die Erörterung der in den einzelnen Betrieben auftretenden Schädigungen und der Mittel ihrer Vorbauung schließt. Treffliche Skizzen gewähren auch den nicht Eingeweihten die beste Orientierung. Nobl.

Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern. Von Doktor Chr. Wilh. Hufeland. Mit Einleitung und Anmerkungen. Herausgegeben von Dr. med. Paul Dittmar, Leipzig. Druck und Verlag von Philipp Reclam jun. 414 Seiten. Preis 1.20 Mark.

Es ist als sehr verdienstlich zu bezeichnen, daß der rühmlich bekannte Verlag Hufelands klassische Makrobiotik in dieser schönen Form, zu so billigem Preis herausgibt. Solchen Publikationen gegenüber besteht eine gewisse Ehrenpflicht der interessierten Kreise, also der Aerzte und gebildeten Laien, sie zu erwerben. Fritz Loeb, München.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



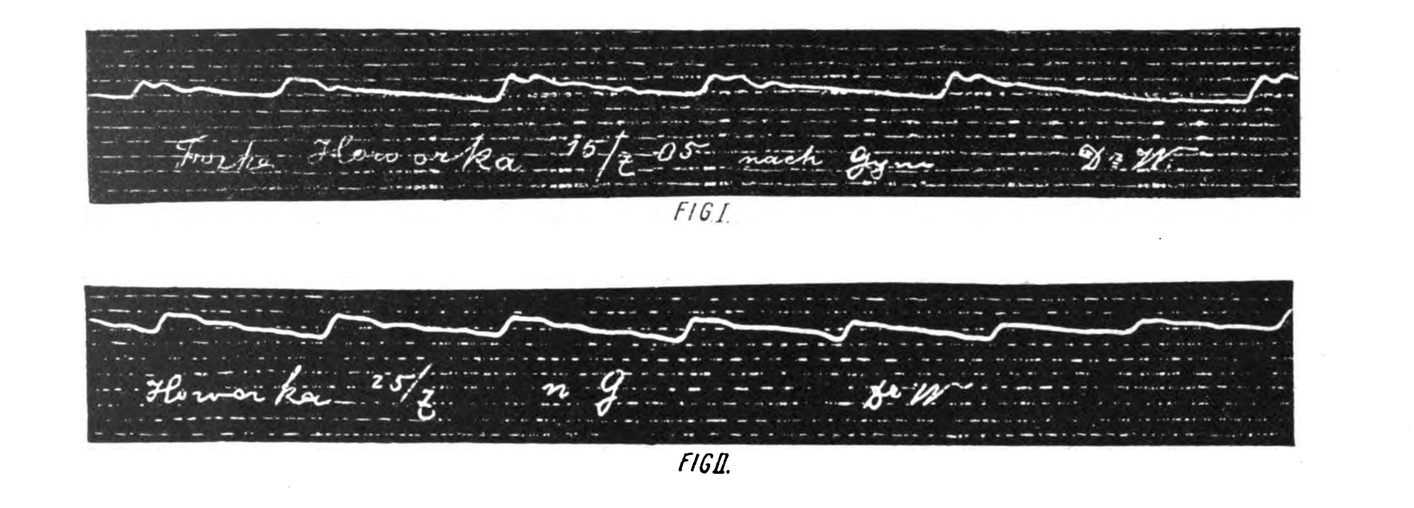


FIG. I.

FIG. II.

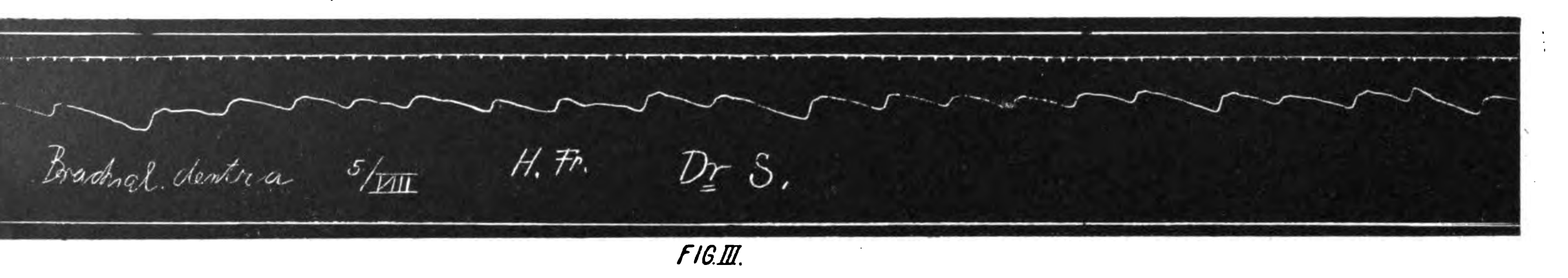


FIG. III.

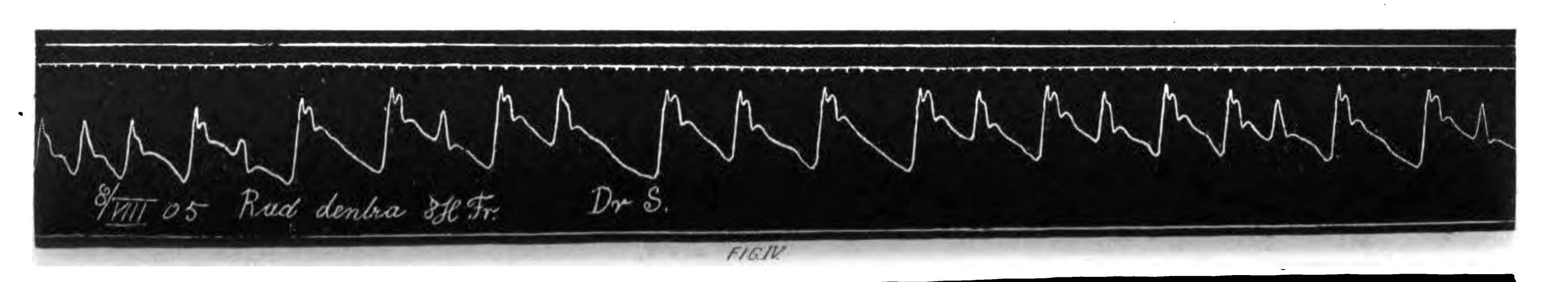


FIG. IV.

FIG. V.

FIG. VI.

FIG. VII.

Dr. Selig, Mitralstenose.

Kasuistischer Beitrag zur Behandlung eines Falles von Mitralstenose mit Myokarditis.

Von Dr. **Arthur Selig**, Franzensbad.

Die Therapie der chronischen Herzerkrankungen hat im Laufe der letzten Jahre durch die physikalischen Behandlungsmethoden eine wesentliche Bereicherung erfahren.

Die Kohlensäurebäder mit den beiden hinsichtlich der Behandlung in Betracht kommenden Prinzipien der Schonung und Uebung des Herzens einerseits, die gymnastische Methode mit ihren verschiedenen Formen der aktiven — passiven — und Widerstandsgymnastik anderseits, bilden heute eine durch vielfaltige Erfahrung fest gegründete Basis der modernen Herztherapie.

Inwieweit die balneologisch - gymnastische Methode Herz und Gefäßapparat günstig zu beeinflussen imstande ist, soll an der Hand des nachfolgenden Falles bewiesen werden.

Anamnese: H. Fr., 34jährige ledige Kindergärtnerin (Wien). Mutter starb im Wochenbett 17 Jahre alt, Vater angeblich geisteskrank, keine Geschwister.

An Kinderkrankheiten weiß sich Patientin nicht zu erinnern, sie war bis zur gegenwärtigen Erkrankung gesund. Die jetzige Erkrankung begann Ende September 1904 in Venedig mit Appetitabnahme, Brechreiz, jedoch kein Erbrechen, Herzklopfen, Schwellung der Füße. Nach einem Bad soll Schüttelfrost aufgetreten sein. Ein Arzt verordnete ihr eine Medizin und strenge Bettruhe. Nach zweimonatlicher Behandlung besserte sich der Zustand bedeutend, indem das Herzklopfen und die Schwellung der Beine angeblich ganz verschwanden. Doch trat kurze Zeit darauf wieder die Anschwellung der Füße auf, weshalb Patientin sich auf eine Wiener Klinik aufnehmen ließ. Hier traten dieselben Erscheinungen wie zu Beginn der Erkrankung auf, und zwar Magenschmerz fortdauernd, unbeeinflußt durch Nahrungsaufnahme. Der Bauch soll größer geworden sein. Auch trat Herzklopfen besonders bei Bewegung und Aufregung, hie und da Stechen, Unbehagen in der Herzgegend auf, ebenso stecknadelkopfgroße, allmählich sich vergrößernde braune Flecken am Stamm und Extremitäten; Haarausfall.

Am 18. März 1905 verließ Patientin die Klinik, arbeitete darauf nichts und widmete sich der Erholung. Die Beschwerden in der Magengegend, Herzklopfen und -stechen bestanden fort. Periode in letzter Zeit unregelmäßig. Da sich ihr Zustand nicht besserte, ließ sich Patientin wegen ihrer Herzbeschwerden, der Bauchvergrößerung und Fußschwellung am 28. April 1905 auf die Klinik Schrötter aufnehmen, woselbst sie bis 6. Juli 1905 verblieb. Hier besserte sich der Zustand auffallend, indem das Herzklopfen und die Schwellung des Bauches und der Füße wesentlich abnahm, so daß Patientin die Reise nach Franzensbad zur Weiterbehandlung antreten konnte.

Die Menses, im 19. Lebensjahre auftretend, früher regelmäßig dreiwöchentlich, viertägig, mäßig stark, schmerzlos, zessierten angeblich vom 20. Dezember 1904 bis 2. Mai 1905. Von da ab wieder regelmäßige Menstruation.

Venerische Affektion, Potus negiert.

Was die Therapie zurzeit des Aufenthaltes auf der Klinik betrifft, so bestand dieselbe, je nach dem jeweiligen Zustand der Patientin, in folgendem:

Eisbeutel aufs Herz, Digalen dreimal 1 cm³, später Wein, Coffein natrio-salicyl. 0·6 : 150·0. Bäderverordnung, gegen

Schlaflosigkeit Isopral, wegen einer Bronchitis Kodein.

Am 27. Juni ist eine fortschreitende Besserung zu konstatieren, Puls voller, Arythmie geringer. Geräusche am Herzen leiser, fortbestehend. Blutdruck 125 (Tonometer nach Gärtner).

Vom 4. bis 7. Juli Vibrationsmassage des Herzens. Nachher Puls voller und kräftiger. Steigerung des Blutdruckes um 10 Teilstriche des Tonometers.

Am 7. Juli wird die Patientin behufs einer Franzensbader Kur in gebessertem Zustand von der Klinik entlassen.

Am 9. Juli tritt Patientin in Franzensbad in ärztliche Behandlung.

Die gegenwärtigen Beschwerden bestehen in Klagen über Müdigkeit beim Gehen, Schwellung der Beine, hauptsächlich des linken, nach dem Gehen, starkes Herzklopfen nach jeder Anstrengung. Geringe Kurzatmigkeit. Appetit und Stuhl in Ordnung.

Am 9. Juli wurde von mir folgender Status erhoben: Das Herz in allen Dimensionen vergrößert. Die Basis am unteren Rand der dritten Rippe, rechts perkutorisch bis 1 Finger über den rechten Sternalrand, nach links 1 Querfinger außerhalb der linken Mammillarlinie nachweisbar. Spitzenstoß als leichte Erschütterung im VI. Interkostalraum 1 Querfinger außerhalb der Mammillarlinie zu tasten. Die Röntgen-Durchleuchtung ergibt eine besonders auffallende Vergrößerung des rechten Herzens, in geringerem Grade eine solche des linken. Die Breite der Herzsilhouette beträgt zirka 24 cm. Bei der Auskultation fällt vor allem die unregelmäßige Herzaktion auf, außerdem ausgesprochene Extrasystolen. Am Herzen werden 63 Herzkontraktionen gezählt, welchen an der rechten Radialis 56 Pulswellen entsprechen. Ueber der Herzspitze schwächeres systolisches, deutliches längeres diastolisches (präsystolisches) Geräusch. An der Herzbasis leises systolisches Geräusch, lauter zweiter Ton, dem sich ein Geräusch anschließt. An der Aorta gleicher Befund, Geräusche leiser, etwa wie an der Herzspitze. Puls auffallend klein, von sehr geringer Füllung und Spannung, inäqual arhythmisch, manchmal ganz aussetzend. Eine sphygmographische Pulsaufnahme wegen der zu niedrigen Pulswelle unmöglich. Blutdruck an der rechten Brachialis nach Riva, Rocci, Recklinghausen = 105 Millimeter Quecksilber. Die Leber zirka 3 Querfinger den Rippenbogen überragend, etwas druckempfindlich, kein Aszites. Die Lippen leicht zyanotisch verfärbt. Die Malleolargegend beider Füße leicht ödematös geschwollen, links stärker als rechts.

Die am 11. Juli 1905 vorgenommene Harnuntersuchung ergab: Harnmenge in 24 Stunden (Sammelglasgefäß) 930 cm^3. Urin von goldgelber Farbe, mäßig trüb, normaler Geruch, dünnflüssig. Spezifisches Gewicht (bei 15° C.) 1·021, Reaktion sauer.

Chemischer Befund: Albumen in sehr geringen Spuren vorhanden, Pepton 0, Zucker 0, Azeton 0, Azetonessigsäure 0, Blutfarbstoff 0, Gallenfarbstoff 0.

Mikroskopischer Befund des Sediments: Reichliche Kalkoxalate, viele Plattenepithelien, Schleimfäden und einzelne Lymphozyten, keine Nierenelemente.

Abgesehen von allen erforderlichen hygienisch-diätetischen Verordnungen wurde bei unserer Patientin eine systematische Kohlensäurebadekur eingeleitet, auch wurde von der Gymnastik ausgiebiger Gebrauch gemacht. Besonders soll hervorgehoben werden, daß von jeder medikamentösen Therapie durch die ersprießliche Wirkung obiger Heilfaktoren vollständig Abstand genommen werden konnte. Der Kurplan wurde in nachstehender Weise festgestellt.

Die Patientin nahm, vom schwächsten Kohlensäurebad I beginnend bis hinauf zum stärksten Kohlensäurestrombad B, die ganze Skala der in Franzensbad zur Verfügung stehenden Kohlensäurebäder. Durch Zusatz von Soole und Aenderung der Temperatur wurde die Stärke des Kohlensäurebades entsprechend variiert. Nachstehend die verordneten Bäder:

Datum	Art des Bades	Temperatur in Grad Reaumur	Dauer in Minuten
11. Juli	Kohlensäurebad I (bedeutet ein Bad, bestehend aus 1/2 Mineralwasser und 1/2 Süßwasser)	27	5
12. „	Kohlensäurebad I mit S_{20} (S_{20} bedeutet 20 Liter Soole) . .	27	10
13. „	Kohlensäurebad II (bedeutet ein Bad, bestehend aus 2/3 Mineralwasser und 1/3 Süßwasser	27	10
15. „	Kohlensäurebad III (bedeutet ein Bad, bestehend aus 3/4 Mineralwasser und 1/4 Süßwasser)	26	12
16. „	CO_2-Bad III	26	15
17. „	CO_2-Bad III mit S_{10}	25	15
19. „	CO_2-Bad A (bedeutet ein Mineralwasserbad, welches nach einer, der Pfriemschen Methode ähnlichen Bereitungsweise vorerwärmt wird)	26	12
20. „	CO_2-Bad A	25	13
21. „	CO_2-Bad A	25	15
23. „	CO_2-Bad A mit S_{10}	25	17
24. „	CO_2-Bad A mit S_{20}	25	17
26. „	CO_2-Bad A mit S_{30}	25	15
27. „	CO_2-Bad B (bedeutet ein Mineralwasserbad, welches nach einer der Schwarzschen Methode ähnlichen Bereitungsweise vorerwärmt wird)	25	15
29. „	CO_2-Bad B	25	15
30. „	CO_2-Bad B mit S_{20}	25	17
31. „	CO_2-Bad B mit S_{40}	24 1/2	18
2. August	CO_2-Bad B mit S_{30}	24	20
3. „	CO_2-Bad B mit S_{30}	24	20
5. „	CO_2-Bad B mit S_{30}	24	20
6. „	CO_2-Bad B mit S_{20}	24	20
7. „	CO_2-Bad B mit S_{30}	24	20
9. „	CO_2-Strombad A (bedeutet ein konstant fließendes Mineralwasserbad, welches nach einer der Pfriemschen Methode ähnlichen Bereitungsweise vorerwärmt wird)	27	8
10. „	CO_2-Strombad A	27	10
11. „	CO_2-Strombad B (bedeutet ein konstant fließendes Mineralwasserbad, welches nach einer der Schwarzschen Methode ähnlichen Bereitungsweise vorerwärmt wird)	27	10
13. „	CO_2-Strombad B	27	10
14. „	CO_2-Strombad B	27	10
15. „	CO_2-Strombad A	27	10
17. „	CO_2-Bad B	27	15
18. „	CO_2-Bad A	27	15
19. „	CO_2-Bad III	27	15
21. „	CO_2-Bad II	27	15
22. „	CO_2-Bad I	27	15

Um noch außerdem die Triebkraft des Herzens zu erhöhen und damit eine Beschleunigung der Zirkulation in allen Körperteilen und so eine Begünstigung der inneren Gewebsarbeit zu erzielen, wurden im medico-mechanischen Institut meist anschließend an das Kohlensäurebad unter Vermeidung jeglicher Ueber-

anstrengung mit Einschaltung entsprechender Ruhepausen methodische gymnastische Uebungen vorgenommen.

Diese bestanden vorwiegend in 1. passiven Bewegungen der Extremitäten und Stammuskeln, 2. Respirationsgymnastik, 3. Vibrationen zart in die Wirbelsäule, später in die Herzgegend, 4. Tapotement und Friktionsmassage, maschinell allseitig.

Gesamtdauer einer Sitzung 45 Minuten, nach je drei Uebungen entsprechende Ruhepause.

Die günstige Wirkung der Gymnastik zeigte sich schon in dem Umstand, daß am 15. Juli unmittelbar nach dem Kohlensäurebad die Pulswelle noch zu niedrig war, um ein Pulsbild zu erhalten, daß aber nach Vornahme der oben geschilderten gymnastischen Prozeduren das sphygmische Pulsbild wie es Fig. I zeigt, erzielt wurde.

Um den Einfluß des Kohlensäurebades auf Puls, Blutdruck und Respiration in unserem Falle zu verfolgen, mögen nachstehende Beobachtungen mitgeteilt werden:

11. Juli. Vor dem Bad: Rechte Radialis = 65 Pulse, total arhythmisch, inäqual, Pulswelle sehr niedrig. Am Herzen 72 unregelmäßige Kontraktionen, Respiration 27 in der Minute, Blutdruck = 110 mm Hg (Riva-Rocci-Recklinghausen).

Nach CO_2-Bad I, 27° R., 5 Minuten Dauer: Puls = 70, Herzkontraktion = 73, Blutdruck = 110 mm Hg, Respiration = 26.

12. Juli. Vor dem Bad: Puls = 70 arhythmisch, Herzkontraktion = 84, Respiration = 32.

Nach 9 Minuten im Bad (CO_2-Bad I mit S_{20}, 27° R., 10 Minuten): Puls = 70, Herzkontraktion = 80, Respiration = 23, Blutdruck = 105 mm Hg.

5 Minuten nach dem Bad: Puls = 75, Herzkontraktion = 80, Respiration = 31, Blutdruck = 105 mm Hg.

10 Minuten nach dem Bad: Puls = 73, Blutdruck = 100, Respiration = 33, Herzkontraktion = 78.

13. Juli. Vor dem Bad (CO_2-Bad II, 27° R., 10 Minuten): Puls = 67, Herzkontraktion = 77, Blutdruck = 110, Respiration = 31.

Unmittelbar nach dem Bad: Puls = 73, Herzkontraktion = 73, Blutdruck = 105 mm Hg, Respiration = 28.

19. Juli. Vor dem Kohlensäurebad A (26° R., 12 Minuten): Puls = 75, Herzkontraktion = 76, Blutdruck = 110 mm Hg.

Nach 20 Minuten außerhalb des Bades: Puls = 78, Blutdruck = 80.

21. Juli. Nach Kohlensäurebad A und Gymnastik: Puls = 70, viel kräftiger und rhythmischer wie vorher, Herzkontraktionen = 70, Blutdruck = 105.

Herzaktion noch immer stark arhythmisch, doch besteht schon zwischen dieser und Puls Uebereinstimmung.

12. August. Kein Bad. Puls = 62, viel kräftiger, rhythmischer (siehe Fig. V), Herzkontraktion = 63, Blutdruck nach Riva-Rocci-Recklinghausen = 135 mm Hg, nach Sahli (rechte Mittelfinger) = 140 mm Hg, nach Sahli (rechte Zeigefinger) = 120 mm Hg.

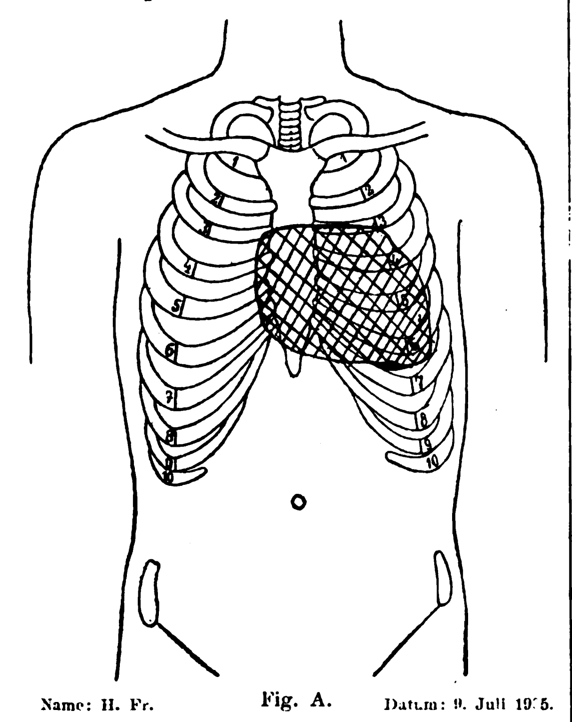
16. August. Puls und Kammersystole synchron = 72, Blutdruck nach Riva-Rocci-Recklinghausen = 110, nach Sahli (rechter Mittelfinger) = 120, nach Sahli (Ringfinger) = 130, nach Sahli (Kleinfinger) = 125. Absolute Herzdämpfung von der Mittellinie des Sternums bis 1 Querfinger außerhalb der linken Mammillarlinie.

19. August: Röntgen-Durchleuchtung ergibt bedeutende Verkleinerung des Herzens. Breite der Herzsilhouette = 19 cm.

21. August: Puls = 75, Blutdruck = 120 mm Hg (Riva-Rocci).

Unterziehen wir nun den durchgeführten Kurplan einer kritischen Beurteilung, so muß vor allem festgestellt werden, daß sich die Patientin während der ganzen Kurzeit auffallend wohl fühlte, nicht einen Tag bettlägerig war und ohne jede Unterbrechung die verordneten Bäder nehmen konnte. Unter diesen und den gymnastischen Uebungen war eine zunehmende Steigerung der Triebkraft des Herzens zu verzeichnen, damit Hand in Hand eine bessere Füllung und Spannung des Arterienrohres. Die Arhythmie blieb,

wenn auch in verringertem Grade, bestehen. Als wesentlichen Effekt der Kur möchte ich auch das allmähliche Schwinden des Mißverhältnisses zwischen Kammerkontraktion und der dieser entsprechenden Pulswelle in Bezug auf Zeit und Qualität hervorheben. Nach und nach schwanden die frustanen Herzkontraktionen, so daß bei mehreren Untersuchungen eine Relation zwischen Herzkontraktion und Puls nachgewiesen werden konnte, was besonders unmittelbar nach dem CO_2-Bade eintrat.

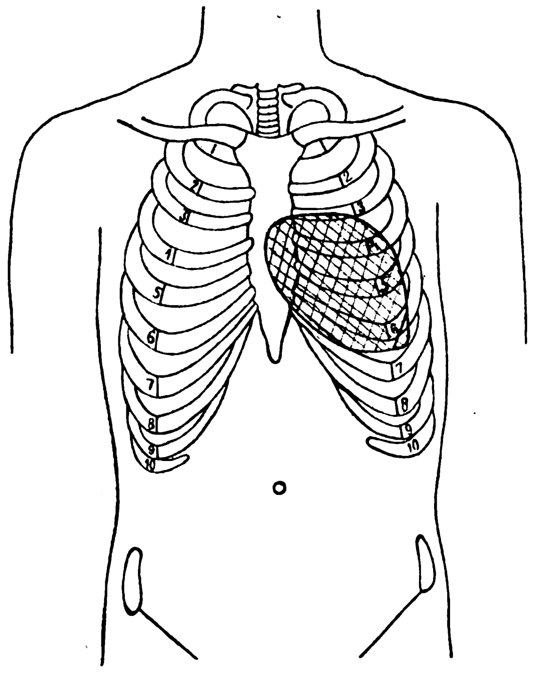


Name: H. Fr. Fig. A. Datum: 9. Juli 1905.

Was den Puls anlangt, so sehen wir die günstige Beeinflussung desselben durch das Kohlensäurebad.

Während zu Beginn der Kur die Pulswelle so niedrig ist, daß ein sphygmisches Pulsbild überhaupt nicht zu erzielen ist, erhält man schon nach vier Bädern das Pulsbild in Fig. I. Puls arhythmisch, Welle etwas höher, geringe Andeutung von Elastizitäts- und Rückstoßelevation. Aehnlicher Befund am 25. Juli und 5. August. (Fig. II und III.) Am 8. August Pulswelle bereits viel höher, die Pulsirregalität ist durch das verfrühte Auftreten von einzelnen unvollkommenen Kammersystolen, gefolgert von verlängerten Diastolen, charakterisiert (Fig. IV). Am 12. August Puls bedeutend gebessert, Arhythmie wesentlich zurückgegangen, frustane Herzkontraktionen fehlend (Fig. V). In Fig. VI und VII Puls noch arhythmisch mit prämaturen Kammersystolen.

Es ist selbstverständlich, daß der Puls sich nicht nach jedem weiteren Bade um ein Gleiches bessern kann, da wir doch mit Schwankungen des Befindens



Name: H. Fr. Fig. B. Datum: 16. August 1905.

bei einem so schweren Falle rechnen müssen. Für die allgemeine Beurteilung genügt es, festzustellen, daß im Verlauf der Badekur die Pulswelle viel höher wurde und, wie Fig. V zeigt, selbst auffallend gute Pulskurven zur Beobachtung kamen. In gleichem Maße konnte man auch am Herzen selbst den günstigen Einfluß der Badekur konstatieren.

Am 9. Juli zeigte das Herz die in Fig. A durch Tastperkussion ermittelte Größe, am 16. August wurde eine auffallende Verkleinerung, speziell eine des rechten Herzens, konstatiert (Fig. B).

Auch die am 19. August vorgenommene Röntgen-Durchleuchtung ergab eine bedeutende Größenabnahme des Herzens. Breitendurchmesser der Herzsilhouette 19 cm gegenüber 24 cm beim Antritt der Kur.

Der Auskultationsbefund hat sich insofern geändert, als jetzt durch die kräftigeren und rhythmischeren Herzkontraktionen das systolische und diastolische Geräusch an der Herzspitze deutlicher zu hören ist, während früher durch die sehr unregelmäßige Aufeinanderfolge der einzelnen schwachen Herzkontraktionen die Geräusche undeutlich und die Erkennung der Phase, welcher dieselben angehörten, erschwert wurden. Die Töne an der benachbarten Trikuspidalklappe werden von den fortgeleiteten Geräuschen des linken venösen Ostiums etwas verdeckt.

Die Besserung der Zirkulationsverhältnisse war ferner noch durch das Schwinden der Knöchelödeme und durch den am 18. August erhobenen Harnbefund ersichtlich. Derselbe ergab: 24stündige Harnmenge 1550 cm^3 (gegenüber 930 cm^3 am 11. Juli), spezifisches Gewicht 1·015 (gegenüber 1021). Sauerer, mäßig verdünnter Harn mit geringen Spuren von Albumin, ohne Renalelemente. Mikroskopischer Befund des Sediments: Viele Plattenepithelien, mehrere Lymphozyten, Schleimfäden und Leukozyten, sauere Kalkoxalate.

Mögen die verschiedenen medikamentösen Mittel auch zu gleich günstigen Resultaten führen, so müssen wir es doch mit Freude begrüßen, daß wir auch andere Heilbehelfe besitzen, welche dem herzkranken Patienten jene unangenehme Medikation oft für längere Zeit entbehrlich machen. Zu diesen Heilbehelfen gehören auch die Kohlensäurebäder Franzensbads.

Marmoreks Untersuchungen über den Tuberkelbazillus und das Antituberkuloseserum.

Vortrag und Diskussion in der Berliner medizinischen Gesellschaft.

Von **Dr. Eugen Binswanger**, München.

Marmorek gibt eine Darstellung seiner Studien über die Biologie des Tuberkelbazillus, die ihn zur Herstellung seines bekannten Tuberkuloseserums führten und schildert besonders diejenigen Beobachtungen, die ihn zu den letzten — seiner Ansicht nach äußerst wesentlichen — Modifikationen in Herstellung und Anwendung seines neuen Serums veranlaßt haben.

In jedem Falle von experimentell erzeugter Meerschweinchentuberkulose findet sich eine bestimmte Zeit nach der Infektion eine tuberkulöse Bazillämie. Der Termin des Eintrittes dieser Blutinvasion variiert je nach dem gewählten Infektionsmodus. Durch das Verweilen der Bazillen im Blute des Tieres tritt eine bedeutende Abschwächung der Virulenz ein.

Das Experiment lehrt weiter, daß eine deutliche Differenz bezüglich der Schutzkräfte des arteriellen und venösen Blutes besteht, indem die bakterizide Kraft des arteriellen diejenige des venösen Blutes überwiegt.

Mit Hilfe der durch solche „Blutpassage“ abgeschwächten Bazillen hat Marmorek weiterhin Versuche über die hereditäre Prädisposition an Meerschweinchenjungen angestellt. Es wurden nämlich mit diesem Virus gesunde Junge sowohl gesunder als hochgradig tuberkulöser Muttertiere intraperitoneal geimpft. Es zeigte sich dabei meist ein Erkranken nur der tuberkulös belasteten Tiere, also tatsächlich eine hereditäre Prädisposition. Auffällig war dabei die frühzeitige Lokalisierung des tuberkulösen Prozesses in der Lunge dieser prädisponierten Versuchstiere, so daß dabei pathologisch-anatomische Bilder entstehen, die sehr an die menschliche Lungentuberkulose erinnern. Eine ähnliche Beobachtung solch frühzeitiger Lokalisation



in der Lunge hat Marmorek schon früher bei der Infektion weißer Mäuse gemacht, welchen als ein die natürliche Phagozytose hemmendes Mittel chlorsaures Chinin eingespritzt worden war. Aus diesen Beobachtungen — also an den hereditär disponierten Meerschweinchen und den durch chlorsaures Chinin geschädigten Mäusen — schließt Marmorek, „daß bei der Lokalisation der Tuberkulose in der Lunge und besonders in den oberen Partien derselben nicht bloß anatomische, sondern auch biologische Gründe vonseiten der infizierenden Agens einen wichtigen Faktor darstellen".

Die Veränderlichkeit in den Beziehungen zwischen Virulenz der Infektionserreger und Schutzkraft des Organismus erwies sich M. auch in der durch Tuberkulin bewirkten Aktivierung des abgeschwächten Virus. Wurden nämlich Tiere durch abgeschwächte Bazillen infiziert, welche für sich allein erfahrungsgemäß eine tuberkulöse Erkrankung zu erzeugen nicht fähig waren, so gelang es durch nachträgliche wiederholte Injektionen von relativ großen Tuberkulinmengen (0·25 g) bei diesen Tieren Tuberkulose zu erzeugen.

M. hat sich weiter die Frage vorgelegt, ob Tiere, welche eine durch Blutpassage abgeschwächte Infektion überstanden hatten, nun auch gegen vollvirulente Bakterien immun sind. Die Versuche zeigten eine „gewisse Immunität" dieser vorbehandelten Tiere. Dieses Ergebnis betrachtet M. als „einen, wenn auch unvollkommenen Kern für eine Vakzinationsmethode". Die Immunität bei diesen Versuchen konnte erhöht werden durch gleichzeitige Einspritzung von Marmoreks Tuberkuloseserum. Der Autor spricht sich aber noch sehr zurückhaltend über seine diesbezüglichen Resultate aus, er sagt wörtlich: „Wir waren imstande, mit Hilfe natürlich abgeschwächter Bazillen und hauptsächlich durch Kombination mit dem Antituberkuloseserum dem Meerschweinchen eine gewisse, manchmal sogar vollkommene Immunität zu verleihen."

Seine Beobachtungen über die Verschiedenheit der Schutzkräfte des arteriellen und venösen Blutes veranlaßten M. zu Versuchen, ob dieser Unterschied in der Wirkung der beiden Blutsorten nicht auch seinen Einfluß auf die Aktion des Tuberkuloseserums ausübe. Die Versuche ergaben tatsächlich ein besseres Resultat der Serumbehandlung bei intravenöser Einverleibung. Den Effekt seines Serums beim Meerschweinchen faßt M. dahin zusammen: „Man ist in der Lage, mittels des Antituberkuloseserums selbst bei den so empfindlichen Meerschweinchen und bei der gewiß schweren intraperitonealen Infektion mit einer verhältnismäßig nicht sehr großen einmaligen Dosis den Tuberkuloseprozeß nicht zum Ausbruch kommen zu lassen."

M. kommt dann auf die Anwendung seines Serums am Menschen zu sprechen und begründet die anfänglichen Mißerfolge hauptsächlich mit den starken „anaphylaktischen Wirkungen" (i. e. Serumkrankheit nach Pirquet), welche durch die häufige Injektion erzeugt und wodurch die Kliniker abgeschreckt wurden. Diese störende Nebenwirkung lasse sich durch serienweise Einspritzung mit 2—3wöchentlichen Pausen zwischen diesen Serien vermeiden. Einen weiteren Fortschritt erfuhr die Methode durch die von Hoffa, Berlin, angegebene rektale Anwendungsweise. Diese unterdrückt die Anaphylaxie und ermöglicht dauernde Behandlung ohne Nebenwirkungen. Auch die positiven klinischen Erfolge dieser Methode sollen der früheren Art der Applikation überlegen sein.

Hauptsächlich soll sich das Serum bei den chirurgischen Tuberkulosen bewährt haben. M. zitiert von deutschen Autoren Hoffa und van Huelen. Das Resultat sei in ungefähr ein Viertel der Fälle Heilung, bei einem Viertel bedeutende Besserung, bei einem weiteren günstige Beeinflussung und beim letzten Viertel kein Erfolg.

Weniger günstig seien die Ergebnisse der Behandlung der Lungentuberkulose. Eine der Ursachen dieses Mißerfolges sieht M. in der Tatsache, daß bei allen fortgeschrittenen Lungentuberkulosen die Mischinfektion mit Streptokokken eine große Rolle spielt. Er hat deshalb in letzter Zeit seine „Antituberkulosepferde" auch gegen Streptokokken immunisiert und so ein „Doppelserum" hergestellt. Die Versuche damit sind noch wenig zahlreich; doch erklären mehrere Autoren — so versichert M. — daß das Serum alle anderen Tuberkulosemittel übertreffe, und berichten sogar über wenige akute Fälle, die nach der Serumbehandlung heilten. M. schließt mit den Worten: „Was man bisher mit dem Serum bei Lungentuberkulose erreicht hat, ermuntert zu weiterer und breiterer Anwendung desselben."

In der sich an den M.schen Vortrag in der Berliner medizinischen Gesellschaft anschließenden Diskussion hat dies optimistische Urteil des Autors allerdings recht bedeutende Einschränkung, ja zum Teil direkten Widerspruch erfahren seitens derjenigen Autoren, welche über eigene Erfahrungen mit dem Serum verfügen.

Gleich der erste Redner Alfr. Neumann hat bei 18 rektal behandelten Fällen keine deutliche Besserung, meist aber Gewichtsabnahme gesehen.

Günstiger lautet das Urteil von van Huellen aus der Sonnenburgschen chirurgischen Klinik. Die Resultate waren im ganzen befriedigende. Er beobachtete Gewichtszunahme und Hebung des Allgemeinbefindens. Bei schweren Prozessen mit Sequesterbildung und Eiteransammlungen war kein Erfolg zu sehen, auch nicht zu erwarten. Dagegen wurden Fisteln und granulierende Flächen günstig beeinflußt. Daß bei diesen günstigen Fällen aber auch nach Mitteilung des Redners alle sonst üblichen chirurgischen Methoden, ferner Jodoform-Glyzerineinspritzungen und Stauung zur Anwendung kam, scheint dem Referenten ein sehr wichtiger und die Bewertung des Serums einschränkender Umstand.

Th. Landau hat gute Erfolge bei der relativ häufigen Tuberkulose der weiblichen Genitalorgane gesehen.

Am günstigsten über die Heilwirkung des Serums äußert sich Hoffa, der bei tuberkulösen Knochen- und Gelenkserkrankungen gute Erfolge gehabt hat, die er durch Vorstellung der betreffenden Kranken belegt. Er zieht, wo es angängig ist, die subkutane der rektalen Anwendung vor.

Artur Meyer spricht über die Wirkung des Serums in einigen Fällen von Larynxtuberkulose. Sowohl die lokale als die allgemeine Wirkung war in seinen Fällen durchaus ungünstig, und mahnt zur Vorsicht bei den Seruminjektionen.

Als einziger Internist berichtet Stadelmann über die Anwendung des Serums bei fünf Fällen von Lungenschwindsucht, deren Behandlung allerdings drei Jahre zurückliegt. Er schildert seine klinischen Beobachtungen eingehend und faßt sie schließlich dahin zusammen, daß seine Resultate „ganz außerordentlich ungünstig" waren, so daß er den Mut zu weiteren Versuchen verloren hat.

In einem Schlußwort sucht Marmorek die gemachten Einwände zu entkräften mit dem Hinweis auf die Vorteile des neuen Doppelserums und der veränderten Applikationsweise.

Für den objektiven Beurteiler scheint aber doch aus der Diskussion hervorzugehen, daß vorerst die Anwendung des Serums praktisch nur in chirurgischen Fällen mit einiger Aussicht auf Erfolg in Betracht kommt und auch hier nicht an Stelle, sondern zur Unterstützung der bisherigen Behandlungsmethoden.

REFERATE.

Innere Medizin.

Tuberkulose.

1. **Der Blutdruck bei der Lungentuberkulose.** Von G. Boschi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Das tuberkulose Weib in der Schwangerschaft und der Arzt.** Von Dr. G. Heimann, Charlottenburg. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
3. **Die Rindertuberkulosebekämpfung.** Von Mießner, Bromberg. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Ueber die Serumtherapie der Tuberkulose. Das antituberkulöse Serum von Marmorek.** Von Ch. Monod. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Ueber meine Erfolge mit Marmoreks Antituberkuloseserum.** Von Ullmann, Znaim. Ref. F. Perutz, München.
6. **Das Verhalten der gewöhnlich gegen Lungentuberkulose verwendeten Mittel gegenüber experimenteller Tuberkulose.** Von Spiro Livierato. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Ueber die Verwertbarkeit des Jatrevin in der Therapie der Tuberkulose.** Von Julius Munter, Berlin. Ref. Eugen Binswanger, München.
8. **Zur Behandlung der Tuberkulose mit Geosot. (Guajacolum valerianicum Dr. Wendt.)** Von Karl Friedrich Schneider. Ref. Eugen Binswanger, München.
9. **Ueber die mit der Kuhnschen Lungensaugmaske in der Heilstätte Slawen Bitz gemachten Erfahrungen.** Von Stolzenburg. Ref. F. Perutz, München.
10. **Weitere Erfahrungen mit der Hyperämiebehandlung der Lungen vermittels der Lungensaugmaske.** Von E. Kuhn. (Aus der I. med. Klinik der Charité.) Ref. F. Perutz, München.
11. **Zur Therapie der diabetischen Phthise.** Von O. Thorspecken. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
12. **Beitrag zur Frage der Behandlung der Nachtschweiße bei Phthisis pulmonum.** Von Nikolski. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
13. **Die Kombination von Milchsäurebehandlung und Sonnenbelichtung bei einem tuberkulösen Geschwür der Unterlippe.** Von Dr. Moriz Weisz. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. Boschi berichtet über Blutdruckmessungen an 14 Tuberkulösen. Niemals fand er eine Erhöhung des Blutdruckes, dagegen in 71% der Fälle eine Erniedrigung desselben. Der Grund für diese Blutdruckerniedrigung mag einerseits in einer mangelhaften Entwicklung des linken Ventrikels, anderseits in der Wirkung der tuberkulösen Toxine zu suchen sein. In Fällen, wo die ulzerösen Vorgänge gutartiger verlaufen und Neigung zur Sklerosierung besteht, ist der Blutdruck relativ hoch; also dort, wo wir einen normalen Blutdruck finden, können wir annehmen, daß die ulzerösen Vorgänge von sklerosierenden Prozessen begleitet sind. Zwischen Blutdruck und Hämoptysen besteht ebenso wenig eine Beziehung, wie zwischen Blutdruck und Puls-, Atmungsfrequenz oder Temperatur; die Schwankungen der letzteren drei Faktoren haben weder bei demselben Individuum noch bei verschiedenen Individuen irgend etwas mit dem Blutdruck zu tun. — (Gazz. degli osped., 9. Dez. 1906.)

2. Heimann hat die gesamte Literatur über diese Frage berücksichtigt und stellt auf Grund derselben folgende „Tatsachen", „Schlüsse" und „Meinungen" auf.

I. Tatsachen: a) Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bewirken in den meisten Fällen eine erhebliche Verschlimmerung vorhandener Tuberkulose.

b) Die Prognose des Einzelfalles ist stets unsicher. Wir können in keinem Falle für einen günstigen Verlauf gutsagen.

c) Die ungünstige Wendung des Krankheitsverlaufes tritt meistens erst gegen das Ende der Schwangerschaft oder im Wochenbett ein.

d) Die durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bedingte Gefahr kann durch künstlichen Abort mit Erfolg beseitigt werden, nicht aber durch künstliche Frühgeburt.

e) Der künstliche Abort ist in sachkundiger Hand ein ungefährlicher Eingriff.



II. Schlüsse: Die eine Schlußfolgerung ist radikal und erfordert bei jeder tuberkulösen Frau die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft in frühen Monaten, um dem drohenden Aufflackern der Lungenerkrankung vorzubeugen. Als prophylaktische Maßnahme ist sie um so dringender angezeigt, je geringfügiger der Erkrankungsherd, je besser der Allgemeinzustand, je günstiger der bisherige Verlauf gewesen ist, weil gerade hier die Erhaltung des mütterlichen Lebens besonders lohnend und aussichtsreich erscheint. Die Begründung dieser Forderung liegt in der Gefahr der Verschlimmerung tuberkulöser Prozesse in der Schwangerschaft, der Unsicherheit der Prognosenstellung hinsichtlich des günstigen Verlaufes und der Unmöglichkeit, in späteren Schwangerschaftsmonaten bei eintretender Gefahr das nachzuholen, was man in früheren Monaten versäumt hat. Die Mehrzahl der Autoren bekennt sich nicht zu dieser radikalen Forderung, sondern zur individualisierenden. Eine zweckmäßige Individualisierung ist aber aus den oben angeführten Gründen zurzeit unmöglich. Die ganze Wirrnis in dieser Frage ist nicht veranlaßt durch die objektiven Beobachtungen der Forscher, sondern durch ihre persönliche Auffassung und Geistesrichtung.

III. Meinungen. Vom juristischen Standpunkte aus ist die Erhaltung der Schwangerschaft in jedem Falle bequemer. Das ethische Motiv soll in dieser Frage gänzlich aus dem Spiel gelassen werden. Bezüglich des Staatsinteresses muß man die Geburten tuberkulöser Mütter als einen minderwertigen Beitrag zur Volksvermehrung ansehen, und es kann kaum ein Zweifel darüber bestehen, daß die staatlichen Interessen durch die Verhütung wie auch Unterbrechung der Schwangerschaften lungenkranker Frauen mehr Vorteil als Schaden zu erwarten haben. Der Standpunkt des Geburtshelfers geht vorderhand noch dahin, wennmöglich das kindliche Leben zu erhalten; derselbe bedarf nach Ansicht des Vfs. einer zweckmäßigen Ergänzung durch allgemeinere Rücksichten. Der praktische Arzt bringt der Abortfrage von vornherein eine weitherzigere Auffassung entgegen.

IV. Schlußergebnis: Bei jeder schwangeren Tuberkulösen ist der künstliche Abort angezeigt. Ausnahmen sind im allgemeinen nur auf ausdrücklichen Wunsch der Mutter und in aussichtslosen Fällen zulässig. Voraussetzung ist: die Krankheit muß klar erkannt sein, der Abort sachgemäß ausgeführt werden. — (Med. Klin., Nr. 19, 1907.)

3. Mießner verficht gegenüber dem Behringschen Bovovakzin die Vorzüge des Koch-Schützschen Taurumans zum Zwecke der Rinderschutzimpfung. Das Immunisierungsverfahren geht so vor sich: Sämtliche Kühe eines Bestandes werden untersucht, und die mit erkennbarer Tuberkulose behafteten Tiere möglichst schnell der Schlachtbank zugeführt. Mit Hilfe der Tuberkulinprüfung werden aus dem Bestande, der mit erkennbaren tuberkulösen Veränderungen behaftete Tiere nicht mehr enthält, die als Ammen dienenden Kühe ausgewählt; diese werden in einer besonderen Stallabteilung untergebracht. Sämtliche Kälber werden am zweiten Tage nach der Geburt von den Müttern entfernt und in einem eigenen Stall mit Ammenmilch ernährt oder in den Ammenstall gebracht. Im Laufe des ersten Vierteljahres sind die Kälber zu impfen (eine Impfung genügt, vom Bovovakzin sind zwei nötig); in Stallungen mit Kälberpneumonie werden nur Kälber geimpft, die älter als ein Vierteljahr sind. Alle Impflinge sind ein Vierteljahr nach der Impfung gesondert zu halten, da sie erst dann sicher immun sind. — (Berl. tierärztl. Wochenschr., Nr. 3, 1907.)

4. Monod stellt alle bis jetzt über das Marmoreksche Serum erschienenen Arbeiten zusammen. Im ganzen sprechen sich fünf Arbeiten mit 39 Fällen absprechend aus; die dem Serum günstigen Arbeiten beziehen sich auf 592 Fälle. Monod zieht aus ihnen folgende Schlüsse: 1. Die Anwendung des Marmorekschen Serums ist absolut unschädlich. Die gegenwärtige, nach langen und schwierigen Versuchen festgestellte Technik ist sehr einfach und leicht.

2. Die Wirkung des Serums äußert sich auf alle Formen der Tuberkulose: auf die der Lunge, der Gelenke, der Knochen, der Drüsen etc. 3. Diese Wirkung erstreckt sich nach den genauen Untersuchungen von Lewin (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 21, 1905) bei der Lungentuberkulose auf alle Krankheitserscheinungen, und zwar sowohl auf die funktionellen wie auf die physikalischen: Dyspnoe, Fieber, Perkussion, Auskultation, Allgemeinbefinden, Auswurf etc., und bei der chirurgischen Tuberkulose nach Hoffa (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 8 u. 44, 1906) und van Huellen (Deutsch. Zeitschr. f. Chir., Bd. 84) auf den Schmerz, die Eiterung, die Fisteln und die anatomischen Veränderungen. 4. In einer großen Anzahl von frühzeitig behandelten Fällen war die Wirkung des Serums derart vollkommen, daß alle Krankheitserscheinungen geschwunden sind, und manche Praktiker nicht zögerten, das Wort Heilung auszusprechen. Diese Heilungen sind häufiger bei den chirurgischen Formen, während bei der Lungentuberkulose die Autoren es vorziehen, von erheblicher Besserung zu sprechen, da sie wissen, daß man lange abwarten muß, um definitive Heilung behaupten zu können. Monod zweifelt nicht mehr daran, daß wir in dem antituberkulösen Serum von Marmorek ein spezifisches Mittel gegen die Tuberkulose besitzen; er glaubt, daß man bei der Unschädlichkeit und leichten Anwendbarkeit des Mittels ihm nicht mehr wird den Platz verweigern können, den es im Kampf gegen die Tuberkulose verdient. — (Klin.-therap. Wochenschr., 17. Febr., 1907.)

5. Ullmann hat 30 Fälle von tuberkulösen Drüsen-, Gelenks- und Knochenerkrankungen, von skrofulösen Hornhautgeschwüren bei Kindern, auch eine schwere Lungentuberkulose mit Marmorekschem Antituberkuloseserum behandelt und in relativ kurzer Zeit Abnahme des Fiebers, Rückgang der Lungenerscheinungen, Gewichtszunahme erreicht. Die Fistelgänge schlossen sich unter gleichzeitiger konservativer chirurgischer Therapie und Einspritzung von Guajakol-Jodoformemulsion, die Hornhautgeschwüre heilten zum Teil ohne Hinterlassung von Narben. Das Serum wurde in Mengen von 5—10 g täglich rektal eingespritzt; im ganzen waren zirka 15—20 Einspritzungen nötig. Die von Ullmann mitgeteilten Erfolge sind in der Tat so überraschend, daß seine warme Empfehlung des Mittels berechtigt erscheint und zu Nachprüfungen Anlaß geben muß. — (Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. 10, Nr. 2, 1906.)

6. Auf Grund seiner Tierversuche teilt Livierato die vier geprüften Mittel in zwei Gruppen, deren eine das Kreosot, das Natriumkakodylat und das Terpentin begreift, während die andere durch das Jod repräsentiert wird. Er stellt fest, daß das Serum von Tieren, die mit den Medikamenten der ersten Gruppe behandelt waren, weder die Folgen einer Tuberkulinvergiftung abzuschwächen, noch die Versuchstiere von der Infektion retten konnten; diese Sera zeigten sich also als frei von antitoxischer und bakterizider Kraft bei Verwendung am lebenden Tier, wie sie auch auf Tuberkelbazillenkulturen ohne hemmenden Einfluß waren; ihr Agglutinationsvermögen erwies sich als schwach, ganz besonders bei Verwendung von Kakodylat. Jod dagegen vermochte die antitoxische Kraft des Blutserums zu steigern, so daß es das Leben der Versuchstiere auf 36 Stunden verlängerte, während bei Verwendung der anderen Mittel die Tiere alle vor 24 Stunden starben. Das Jod wies in vivo eine beträchtliche bakterizide Kraft gegenüber dem Tuberkelbazillus auf: eine damit behandelte Meerschweinchengruppe ging erst nach 29 Tagen ein, die Kontrolltiere nach 19 Tagen; eine andere Gruppe überlebte sogar 72 Tage, und bei der Autopsie der getöteten Tiere fanden sich bei einigen beträchtliche Rückbildungsprozesse. Auch in vitro war eine leichte bakterizide Wirkung festzustellen, und die agglutinierende Kraft des Serums stieg auf $^1/_{20}$ bis $^1/_{25}$ (bei den anderen Mitteln $^1/_5$ bis $^1/_{10}$). Diese Versuche sprechen also dafür, daß von den bei Tuberkulose gebräuchlichen Mitteln das Jod am ehesten geeignet erscheint, günstige Wirkungen zu ent-

falten; doch sind noch zahlreiche Versuche nach verschiedenen Richtungen hin nötig, um die bei experimenteller Tuberkulose sich ergebenden Schlußfolgerungen auf die Behandlung der menschlichen Tuberkulose übertragen zu können. — (Gazz. degli osped., 31. März 1907.)

7. Unter den Mitteln, welche in Form der Inhalation lokalantibakterielle Wirkung ausüben, ohne dabei das Lungengewebe schädigend zu beeinflussen, kommt nach Munter dem Jatrevin eine hervorragende Stellung zu. Die vorstehende Publikation berichtet über die Behandlung von zehn Patienten mit diesem Mittel, welche teils an Lungenspitzenkatarrh, teils an vorgeschrittener Tuberkulose litten. Munter glaubt sich nach seinen Beobachtungen zu der Hoffnung berechtigt, „daß wir in den Jatrevininhalationen ein Heilmittel, wenigstens bei Beginn der Tuberkulose besitzen". — (Med. Klin., Nr. 42, 1906.)

8. Unter den medikamentösen Kampfmitteln gegen die Tuberkulose nimmt das Kreosot und seine Derivate eine hervorragende Stelle ein. Der wirksame Bestandteil des Kreosots ist bekanntlich das Guajakol.

Das unter dem Namen Geosot in den Handel gebrachte Präparat ist der Isovaleriansäureester des einfachen methylierten Brenzkatechins. Der chemischen Zusammensetzung des Mittels aus Baldriansäure und Guajakol entsprechen seine therapeutischen Wirkungen, nämlich einerseits die kräftig-tonische, anderseits die antiseptische. Eine dritte wesentliche Eigenschaft ist seine analgetische Wirkung.

Von den zahlreichen Veröffentlichungen über die Anwendung des Geosots gegen die chronische Lungentuberkulose unterscheidet sich die vorliegende Arbeit von F. Schneider dadurch, daß ihr nur Beobachtungen an Patienten — im ganzen 23 — des sogenannten zweiten und dritten Stadiums der chronischen Tuberkulose zugrunde liegen.

Das Mittel wurde meist subkutan angewendet, und zwar in wöchentlichen Injektionen von 1 cm³. Als bestgeeignetstes, weil reinstes Präparat, hat sich das Dr. Wendtsche erwiesen. Bei innerlicher Anwendung empfiehlt sich die Darreichung in Gelatinekapseln. Billiger ist die Verordnung des Geosots in Tropfenform (auf Oblaten zu nehmen), z. B.:

Geosoti	10·0—15·0
Alcohol. absulut.	ad 30·0
Ol. ment.	gtt. V

M. D. S. Dreimal täglich 10 bis 15 Tropfen.

oder

Geosoti	10·0
Tinct. Gentian.	20·0

M.D.S. Dreimal täglich 15—20 Tropfen.

Für Kinder ist eine Emulsion empfehlenswert.

Geosoti	0·5—2·0
Mucil. Gummi arab.	110·0
Elaeosach Foenic.	10·0

M. f. emulsio.

S. Kaffee- oder Eßlöffelweise je nach dem Alter.

Den eingehenden und sehr kritischen Ausführungen Schneiders ist zu entnehmen, daß seine Resultate in Anbetracht der schlechten Fälle sehr befriedigende waren, wenn auch keine anatomischen Heilungen zu verzeichnen waren. Dürfen demnach auch dem Geosot „keine absolut spezifischen Eigenschaften" zugedacht werden, so scheint es doch nach Schneider „eines der besten Arzneimittel gegen Tuberkulose und jedenfalls das zweckmäßigste Guajakolpräparat zu sein". — (Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose, Bd. 5.)

9. Im ganzen wurden 24 Kranke mit der Saugmaske 4—13 Wochen lang behandelt und ist Vf. geneigt, diese Methode als eine schätzenswerte Bereicherung unserer Mittel gegen die Lungentuberkulose anzusehen. Uebereinstimmend gaben die Kranken an, daß sie freier und unbehinderter atmen können; objektiv zeigte sich ein Herabgehen der Atemzüge und Verschwinden vorher bestehender Dyspnoe. Auch der Hustenreiz wurde geringer. In einzelnen Fällen schienen die katarrhalischen Erscheinungen rascher zurückzugehen. Die Anwendung der Maske ist bei einer vorsichtigen Angewöhnung absolut ungefährlich; kontra-

indiziert ist sie bei Fällen mit Fieber und bei Kranken mit Herzschwäche. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 16, 1907.)

10. Kuhn begründet nochmals die Wirkungsweise der von ihm angegebenen Lungensaugmaske, die infolge des behinderten Inspiriums zu einem reichlicheren Einströmen von Blut in die Lungen führt, zugleich stärkere Exkursionen der Lungen verhindert und die Atemmuskulatur durch erhöhte Inanspruchnahme kräftigt. Durch den Reiz, den die Maskenatmung infolge des Zurückbehaltens größerer Blutmengen im kleinen Kreislauf auf die Blutbildung auszuüben scheint, läßt sich schon nach einstündiger Anwendung eine erhebliche Vermehrung der Erythrozyten nachweisen, die wahrscheinlich in Analogie mit den Veränderungen des Blutes in verdünnter Höhenluft zu setzen ist.

Die Erfahrungen, die Vf. seit dem Oktober 1906 bei der Behandlung Tuberkulöser machen konnte, decken sich mit den von Stolzenburg vorher mitgeteilten. Ueber die zu erreichenden Dauererfolge äußert er sich mit anerkennenswerter Zurückhaltung. Bei einer Patientin mit Tuberkulose beider Oberlappen, die einer ausgedehnten Darmtuberkulose erlag, zeigte sich allerdings bei der Sektion nach zehnwöchentlicher Behandlung mit der Saugmaske der Lungenprozeß in bindegeweblicher Verheilung begriffen. Die Befürchtung, daß das Verfahren Lungenblutungen begünstige, besteht zu Unrecht. Einige Patienten wurden sogar kurz nach Hämoptoe ohne Nachteil dieser Behandlung unterzogen.

Da die Saugmaske den Zustrom des Blutes aus dem rechten Herzen fördert und das Nachströmen aus der Peripherie unterstützt, so hat Vf. von ihr auch bei einigen Fällen von Herzerkrankungen mit Stockung im venösen und kleinen Kreislauf mit Erfolg Gebrauch gemacht und eine nachhaltende Kräftigung der Herztätigkeit mit Besserung des Allgemeinbefindens gesehen.

Auch bei Pneumonien hat er sie in Anwendung gezogen und ist geneigt, den guten Verlauf besonders bei einer schweren, mit Tuberkulose komplizierten Lungenentzündung auf die künstliche Hyperämisierung der Gewebe zurückzuführen.

Ebenso hat er einen Fall von Bronchialasthma, der fünf Jahre mit den verschiedensten Mitteln ohne Erfolg behandelt wurde, nach fünfwöchentlicher schonender Maskenanwendung (1—2stündlich 10 bis 15 Minuten) auf längere Zeit von Anfällen befreien können. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 16, 1907.)

11. Diabetiker erkranken oft an Lungentuberkulose. Neben der Ernährungsschädigung durch den Zuckerverlust (Naunyn), die doch mehr beim schweren Diabetiker zutrifft, dürfte der Zuckergehalt der Säfte, der einen guten Nährboden für den Tuberkelbazillus schafft, die Disposition für die tuberkulöse Erkrankung erklären. Die besondere Disposition der Lunge erklärt sich nach Blumenfeld daraus, daß eine trockene Entzündung der ganzen Respirationsschleimhaut dem Diabetiker die in der Norm vorhandene Keimfreiheit der unteren Luftwege raubt. Aus diesen Tatsachen ergibt sich für Thorspecken die Notwendigkeit, als erstes bei der Behandlung der Phthise eines Diabetikers, die Hyperglykämie zu beseitigen. Das Umgekehrte, die Vernachlässigung der Diabetes zugunsten einer Ueberernährung, ist als Kunstfehler zu betrachten. Vf. teilt die Krankengeschichte eines Falles mit, in dem sich der Diabetes zu einer Tuberkulose hinzugesellt hatte (meist ist es umgekehrt), und in dem durch rationelle Behandlung ein schöner Heilerfolg erzielt wurde. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 7, 1907.)

12. Der Schwindsüchtige schwitzt, wenn er schläft, wobei es gleichgiltig ist, ob es Nacht oder Tag ist; es wäre deshalb richtiger, an Stelle der aus dem Altertum stammenden Bezeichnung „Nachtschweiße", „Bettschweiße" zu setzen. Diese Schweiße zum Verschwinden zu bringen, ist die erste Aufgabe des Arztes, widrigenfalls wird die Behandlung der Krankheit selbst kaum erfolgreich sein können, abgesehen davon, daß der Patient das Vertrauen zu dem Arzte verlieren wird, was wiederum einen ungeheuren Einfluß auf den Verlauf der Therapie haben muß. Allerdings könnte die Frage

in Betracht kommen, ob nicht das gesteigerte Schwitzen der Phthisiker eine Art Selbstschutz des Organismus gegen die Infektion ist und infolgedessen nicht nur nicht beseitigt, sondern im Gegenteil mit allen Mitteln gefördert werden muß. Eine derartige Ansicht hat bekanntlich im Altertum bestanden, wobei die Aerzte mit allen Mitteln suchten, die Schweiße bei den Kranken wieder hervorzurufen, wenn sie spontan aufhörten, von der Annahme ausgehend, daß eine derartige plötzliche Unterbrechung der Schweißfunktion der Haut unter dem Einfluß einer Erkältung zustande kommen und die Ursache von schweren Komplikationen von seiten der Nieren oder Lungen werden könne. Selbst Trousseau sagt, daß zwischen der sekretorischen Funktion der Haut und des Lungengewebes ein Antagonismus bestehe, und daß eine durch Erkältung hervorgerufene plötzliche Unterbrechung der Hautsekretion einen schleimigen Lungenkatarrh hervorrufe. — Die Beobachtungen zeigen, daß von einem Selbstschutz des Organismus auch nicht im entferntesten die Rede sein kann. Bernheim hat den Schweiß von schwindsüchtigen Personen Kaninchen und Meerschweinchen subkutan injiziert, wobei die Versuchstiere dadurch auch nicht den geringsten Schaden genommen haben. Die Befürchtung, die gesteigerte Schweißsekretion zu beseitigen, ist somit absolut unbegründet, während die Nachtschweiße, wie wir gesehen haben, die unglücklichen Kranken im wahren Sinne des Wortes peinigen und infolgedessen unbedingt beseitigt werden müssen, wenn man der Behandlung den Erfolg sichern will. Welche Mittel stehen nun der Medizin im Kampfe gegen dieses Symptom der Lungenschwindsucht zur Verfügung? Zu den Mitteln, die der Beachtung wert sind, gehören augenblicklich: die äußeren Mittel Formalin und Tannoform, und die inneren Mittel Atropin, tellursaures Natrium, Acidum camphoricum und das Guakamphol.

Die Behandlung mit Formalin wird nach Hirschfeld folgendermaßen ausgeführt: Man nimmt eine Mischung von Formalin und absolutem Alkohol zu gleichen Teilen und bepinselt damit den Körper des Kranken mittels eines kleinen Pinsels oder Wattekügelchens; hierauf bleibt der Patient im Bett unter der Decke zirka eine Stunde liegen. Während der Bepinselung muß der Patient vor Einatmung der Formalindämpfe geschützt werden, da diese die Atmungsorgane stark reizen. Zu diesem Zwecke wird folgende einfache Methode empfohlen: An den Hals des Patienten, der nur mit dem Hemde bekleidet ist, wird ein 1 m² großes Stück Wachstuch gebunden; dieses Wachstuch wird samt dem Hemde von hinten nach vorn über den Kopf geworfen, wenn der Rücken bestrichen wird und von vorn nach hinten, wenn die Brust und das Abdomen bestrichen werden; auf diese Weise atmet der Patient niemals die Formalindämpfe ein, da sein Gesicht stets verdeckt ist. — Nach der Ansicht von Burghardt ist die angegebene Konzentration des Formalins zu stark. Er empfiehlt, 10%ige Formalinlösungen anzuwenden und zu diesen 3—4%iges Pfefferminzöl hinzuzusetzen; diese Mischung ist fast absolut reizlos, so daß sich besondere Vorsichtsmaßregeln erübrigen. In einigen Fällen wirken die Formalinpinselungen a tempo; in anderen müssen dieselben mehrere Male wiederholt werden. Leider ruft Formalin bisweilen unangenehme Nebenerscheinungen hervor; bisweilen treten an den bepinselten Körperteilen Hautexantheme auf. Außerdem empfindet der Patient, wenn das Formalin auf eine Erosion oder auf eine empfindlichere Hautpartie, wie Brustwarzen und Nabel, gelangt, ein starkes Brennen. Als weiteres antihydratisches Mittel wird Tannoform empfohlen, doch hat es gewisse Nachteile. Zwei Kranke, berichtet der Autor, sollen über Jucken und Brennen in der Haut geklagt haben, auch wird es, da es täglich angewendet werden muß, für die Kranken sehr lästig. Als gutes inneres Mittel nennt Vf. das Atropin, das in Pillenform zu 0·00025 vor dem Schlafengehen gegeben wird. Trotz seiner guten Wirkung dürfte es aber kaum in der ambulatorischen oder Privatpraxis empfohlen werden können, da Vergiftungsfälle vorkommen. Auch



Purotoxin und Agarizin erzeugen sehr unangenehme Nebenwirkungen und können auch die Schweißfunktion nicht andauernd beeinflussen.

Ein sehr gutes Mittel sei Acidum camphoricum, das neben der Schweißsekretion auch den Husten und Schlaf günstig beeinflußt. Nach Ansicht von Afanasieff und anderen Autoren sei es das beste aller besprochenen Mittel. Es wird in Dosen von 1·0 mehrmals täglich gegeben. Leider muß dieses Präparat längere Zeit und in ziemlich großen Dosen gegeben werden, was aber schließlich eine Reizung des Magens bewirken kann.

Barié lobt sehr das tellursaure Natrium, welches in Dosen von 0·025—0·03 pro die in Pillen oder in alkoholischer Lösung 3—4 Tage lang gegeben wird; in hartnäckigen Fällen wird die Dosis bis auf 0·05 erhöht. Mehr als 0·05 darf nicht gegeben werden, da erstens Darmschmerzen und Diarrhöe auftreten können, zweitens weil in diesen Fällen auch große Dosen gewöhnlich wirkungslos bleiben. Von den unangenehmen Nebenerscheinungen, mit denen die Anwendung des tellursauren Natriums verknüpft ist, kommt vor allem der Umstand in Betracht, daß die Exspirationsluft der betreffenden Patienten stark nach Knoblauch riecht. Die Wirkung des Präparats ist nach Ansicht des Autors mehr oder minder andauernd. Als vorzügliches antihidrotisches Mittel hat sich das Guakamphol erwiesen, dem gar keine unangenehmen Nebeneigenschaften anhaften. Seiner chemischen Zusammensetzung nach stellt dieses Präparat einen komplizierten kampfersauren Aether des Guajakols dar. Es ist ein weißes, geschmack- und geruchloses Pulver, welches sich weder in Wasser noch in Alkohol löst. Den Magen passiert das Guakamphol, ohne sich zu zerlegen und spaltet sich erst im alkalischen Medium des Darmes in seine Bestandteile, nämlich in Kampfersäure und Guajakol. Da das Guakamphol Kampfersäure enthält, die seit jeher den Ruf eines guten Antihidrotikums genießt, so konnte man schon a priori erwarten, daß das neue Präparat bald in die Reihe der besten Antihidrotika einrücken wird. Im Ambulatorium für Lungenkranke fand Vf. Gelegenheit, das Guakamphol in mehr als 20 Fällen anzuwenden, und überall leistete es vorzügliche Dienste. Aus den angeführten Krankheitsgeschichten ist zu entnehmen, daß Guakamphol vor dem Schlafengehen zu 0·3 g eingenommen wird und daß gewöhnlich nur drei Pulver gereicht wurden, bis die Nachtschweiße aufhörten. War dies nicht der Fall, so wurden weitere drei Pulver gegeben. In der Mehrzahl der Fälle hörten die Schweiße nach einmaliger sechstägiger Kur für die Dauer von einigen Wochen ganz auf. Irgend welche Nebenerscheinungen beim Gebrauch des Guakamphols konnte kein einziges Mal beobachtet werden. Vf. fügt hinzu, daß es keinen einzigen Fall gab, in dem Guakamphol nicht gewirkt hätte. Es befinden sich aber unter den Patienten, über die Krankheitsgeschichten nicht vorliegen, auch nichttuberkulöse Individuen. Auf Grund dieser Beobachtungen empfiehlt Vf. das Guakamphol bei Bettschweißen auf das wärmste und glaubt, daß dieses Präparat in Anbetracht der kurzen Dauer der Behandlung, seiner vollständigen Unschädlichkeit und seiner vorzüglichen Wirkung unter den analogen Mitteln, sowohl in der klinischen wie auch in der ambulatorischen Praxis, die erste Stelle einzunehmen berufen ist. — (Wien. med. Presse Nr. 3, 1907.)

13. Bericht über einen Fall von tuberkulösem Ulkus an der Unterlippe, das Weisz durch Bepinselung mit 25- bis 50%iger Milchsäure und darauf folgende Sonnenbestrahlung zur Heilung brachte. Diese Methode ließe sich auch für Geschwüre am Kehlkopf zur Anwendung bringen. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 46, 1906.)

Geharzter Wein. Von W. N. Clemm, Darmstadt. Ref. Einstein, Stuttgart.

Der Zusatz von Harzen zum Wein ist schon ein uralter Gebrauch und diente zur rascheren Abklärung und Haltbarmachung der Weine. Clemm erprobte nun einen solchen geharzten oder „Teerwein“ mit gutem Erfolge als Stomachikum und fand besonders ein Wegfallen der

unangenehmen Nachgärung, die nach Genuß anderer Weine in Fällen von Gastrektasie und motorischer Insuffizienz zu beobachten ist. Der Harzwein wäre auch in allen den Fällen zu verwenden, in denen die therapeutische Wirkung des Terpentins festgestellt ist, also bei Gär- und Fäulnisprozessen, Eingeweideparasiten, bei Fällen, in denen der Blutdruck erhöht, die Diurese vermehrt, die Darmperistaltik angeregt werden soll, bei Harninfektionen, Neuralgien, Blutungen und Phosphorvergiftung. Der durch die Abkürzung der Gärzeit erhöhte Gehalt an Traubenzucker und der geringere Prozentsatz an Alkohol und organischen Säuren gibt dem geharzten Wein einen Wert als Tischtrank.

Der geharzte griechische „Resinatwein“ enthält ungefähr 0·75% Harze. Von ihm wäre ein Gläschen von 25—60 cm^3 dreimal täglich zu nehmen. Eine angenehme Form der Dosierung ist folgende: Der Schaum von einem Ei mit 2—3 Teelöffeln Zucker und einem Teelöffel Puro wird mit 2—3 Eßlöffel Resinatwein zweimal täglich eine halbe Stunde vor der Mahlzeit verabreicht. — (Die Ther. d. Gegenw., Nr. 3, 1907.)

Ueber modifizierte Salizylsäuren. Von H. Dreser. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die ätzende Wirkung des Natronsalizylats wie des Aspirins ließen nach Ersatzpräparaten suchen. An ein solches sind folgende Anforderungen zu stellen: 1. minimale Löslichkeit in Wasser und sauren Flüssigkeiten als physikalischer Schutz gegen Schleimhautätzung; 2. vollständige Resorbierbarkeit vom Darm aus (weshalb die Phtalylsalizylsäure nicht zu gebrauchen ist); 3. totale Spaltung im Körper (schlecht bei Benzoyl-, Zinnamyl- und Anisoylsalizylsäure, sowie bei intravenöser Injektion von Novaspirin und Aspirin). — Am besten scheint allen Anforderungen das Novaspirin, der Methylenzitronensäure-di-ester der Salizylsäure, sowie der pharmokologisch nahestehende Bernsteinsäureester der Salizylsäure zu entsprechen. — (Med. Klinik, Nr. 14, 1907.)

Zur ösophagoskopischen Diagnose der idiopathischen Speiseröhrenerweiterung. Von E. Glas. (Aus der Universitätsklinik für Hals- und Nasenkrankheiten in Wien.) Ref. F. Perutz, München.

Vf. berichtet über vier Fälle idiopathischer Speiseröhrenerweiterung, die ösophagoskopisch und zum Teil röntgenologisch untersucht wurden. Entsprechend der Erweiterung der Speiseröhre zeigte sich auf dem Leuchtschirm nach Verabreichung einer Wismutmahlzeit, von der nur geringe Mengen in den Magen gelangen, ein breiter, sackartiger Schatten. Bei Einführung des Oesophagoskops fällt die Exkursionsfähigkeit des Rohres im dilatierten Teil der Speiseröhre auf, die Schleimhaut ist gefaltet, entzündet und mit Speisepartikeln bedeckt. Am kardialen Teil findet man einen spastischen Verschluß, der nur langsam nach wiederholtem Kokainisieren überwunden werden kann. Die differentialdiagnostischen Merkmale, die sich gegenüber dem normalen ösophagoskopischen Bild, dem Befund bei tiefsitzenden Divertikeln, bei Dilatationen oberhalb anatomischer Stenosen ergeben, werden besprochen. Als veranlassendes Moment der idiopathischen Speiseröhrenerweiterung ist ein Krampf der Kardia anzusehen, respektive gleichzeitige funktionelle oder anatomische Störungen verschieden funktionierender Vagusfasern, durch die ein Spasmus der Kardia und eine Atonie der Speiseröhrenmuskulatur ausgelöst wird. Die Patienten, die sich zum Teil selbst bougierten, lernten den krampfartigen Verschluß der Kardia durch Liegenlassen der Sonde überwinden, worauf sie nach einer Weile anstandslos in den Magen glitt. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 14, 1907.)

Untersuchungen über die Einwirkung der eisenhaltigen Medikamente und Stahlwässer auf die Zähne. Von M. Morgenstern. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. hat eingehende Untersuchungen über die Frage angestellt, ob und in welcher Weise Eisendarreichung den Zähnen schadet. Zusammenfassend berichtet er als Resultat, „daß sowohl die künstlichen eisenhaltigen Medikamente als auch die

natürlichen Stahlwässer mit geringer Ausnahme eine mehr oder weniger schädliche Wirkung auf die harten Zahnsubstanzen ausüben, indem die meisten bei direkter Berührung die Zähne verfärben und anätzen. Die Färbung beruht fast immer auf einer chemischen Eisenverbindung, hervorgerufen durch Auflösung von Zahnsubstanz infolge der Säureeinwirkung des Salzes, welches entweder als Vehikel mit dem Eisen verbunden ist oder, wie bei den natürlichen Stahlwässern, der Lösung beigemischt ist. Die bekannte Vorschrift, flüssige Eisenmedikamente nur mittels eines Glasrohres einzunehmen, ist daher vollkommen gerechtfertigt, und auch Eisenpräparate in Pillen- und Pulverform sollten nur in Gelatinekapseln gut eingehüllt verordnet werden. — Das etwa nach dem Einnehmen des Eisens nachträglich in das Sputum ausgeschiedene Eisen ist für die Zähne unschädlich, indem es die Alkaleszenz des Speichels nicht zu verändern vermag und an Epithelien oder überhaupt an Albuminate gebunden ist, die keine Aetzwirkung hervorbringen können. — Von großem praktischen Werte dürfte es jedoch sein, jedes in dem Handel vorkommende und offizinelle Eisenpräparat und ebenso jedes natürliche Stahlwasser in Betreff seiner Wirkung auf die harten Zahnsubstanzen zu prüfen, um genau vor seiner Anwendung zu wissen, ob eine schädliche Einwirkung auf die Zähne zu befürchten, oder ob eine solche ausgeschlossen ist. Die experimentell festgestellten Resultate auf einer Liste vereinigt und dem Publikum von seiten der Aerzte und der Apotheker zur Verfügung gestellt, dürfte von großem prophylaktischen und hygienischen Werte sein." — (Therap. Monatshefte, Nr. 3, 1907.)

Nervenkrankheiten.

Die periphere Fazialislähmung und ihre Behandlung.

Von Fuchs. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Die zentrale Leitungsbahn des Nervus facialis zieht gemeinsam mit den Fasern für die Extremitäten auf dem Wege der Stabkranzfaserung zum Engpasse der inneren Kapsel. Diese und den Hirnschenkel passierend, tritt die Fazialisfaserung mit den Extremitätenfasern in die Brücke ein. Beim Eintritt in die Brücke trennen sich die Fasern des Fazialis von der übrigen großen motorischen Bahn, kreuzen in der Mittellinie und treten an den Kern des Fazialis heran. Aus diesem entspringen dann die entlang der Schädelbasis und später durch dieselbe an die Peripherie ziehenden Fasern des formierten VII. Gehirnnerven. Von Wichtigkeit zu erwähnen ist, daß Erkrankungen des Fazialis in seinem Kern, sowie alle Erkrankungen der aus dem Kern entspringenden Fasern und die Erkrankungen des bereits formierten Nerven an der Schädelbasis und an der Peripherie, also die nukleären und infranukleären Affektionen sich prinzipiell von solchen Erkrankungen unterscheiden, welche die supranukleären Abschnitte der Fazialisbahn treffen. Dieser Unterschied gilt natürlich nicht nur für den Fazialis, sondern in gleicher Weise für jeden Gehirnnerv und jeden Spinalnervus; so lange eine Läsion über dem trophischen Zentrum eines Nerven ihren Sitz hat — und diese trophischen Zentren sind für die Gehirnnerven ihre Kerne, für Spinalnerven der zugehörige Teil der grauen Substanz der Vorderhornsäule — treten in dem von dem betreffenden Nerven versorgten Muskelgebiet zwar mitunter Zeichen funktioneller Schwäche auf, wie einfache Volumsabnahme und quantitative Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, aber niemals die Zeichen der degenerativen Atrophie, also keine Störungen der qualitativen elektrischen Erregbarkeit, keine Entartungsreaktion, der Nervus facialis bildet vermöge seiner günstigen anatomischen Lagerung und seiner vorwiegend motorischen Funktion ein klassisches Dominium der Elektrodiagnostik.

1. Bei supranukleären Lähmungen bleibt der Stirnast entweder fast frei oder er ist wesentlich weniger an der Lähmung beteiligt als die unteren Aeste.

2. Sind die vom Fazialis auslösbaren Reflexe bei peripherem Sitze der Lähmung abgeschwächt und erloschen. Beide diese Erscheinungen besitzen jedoch geringeren Wert als die elektrodiagnostischen Zeichen

der Nerv-Muskelentartung, da sie inkonstant und variabel sind, insbesondere da ausnahmsweise auch periphere Lähmungen einzelner Aeste des Fazialis vorkommen.

Gegenstand dieser Betrachtung bilden nur diejenigen Affektionen des Fazialis, welche ihren Sitz an dem schon formierten Nerven an der Schädelbasis und von da weiter peripherwärts haben. Die Erkrankungen des Fazialis, welche zerebralwärts von dieser Stelle liegen, sind zwar auch teilweise als peripher zu bezeichnen, doch kommen dieselben heute nicht weiter in Betracht.

Diese in engerem Sinne des Wortes als peripher bezeichneten Erkrankungen des N. facialis sind die häufigsten Nervenlähmungen, die überhaupt zur Beobachtung gelangen. Unter ungefähr 60.000 ambulatorischen Kranken des Ambulatoriums für Nervenkranke der Universitätsklinik zu Wien vom Jahre 1896 bis inklusive 1906 waren zirka 600 Fälle von peripherer Fazialislähmung, das ist somit ungefähr 1% aller ambulanten Kranken. — Die Sicherheit, mit welcher man auf schematische Weise beim Vorhandensein des einen oder des anderen der Symptome die Läsion an ganz bestimmte Punkte des Nervenstammes verlegt hat, ist durch die Untersuchungen der letzten Zeit in ihren Fundamenten wesentlich gestört worden. An Stelle der Bestimmtheit, mit welcher man jedem Ast des Fazialis seine bestimmte Funktion zugeteilt hat, traten zuerst Zweifel bei klinischen Beobachtungen und späterhin ließ das Tierexperiment die Zweifel als sehr begründet erscheinen. Von der Mitbeteiligung der Chorda tympani kann vielleicht gesagt werden, daß sie noch einigermaßen zu Recht besteht. Man kann tatsächlich Störungen in der Geschmacksempfindung, mitunter auch solche in der Berührungs- und Schmerzempfindung an dem vorderen Drittel der Zunge an der paretischen Seite in vielen Fällen von sogenannter rheumatischer Fazialislähmung nachweisen. — Das als das wichtigste angesehene Symptom der Fazialislähmung im Knie, die Lähmung des Levator veli palatini, existiert klinisch nicht, weil der Levator veli palatini höchstwahrscheinlich gar nicht vom N. facialis versorgt wird. Die Anatomen stehen zwar nach wie vor auf dem Standpunkte der Innervation des Levator palati durch den Fazialis. Für die Physiologen gehört der Heber des weichen Gaumens ausschließlich dem Vagus an. Es wurde auch angenommen, daß der Fazialis der Tränennerv sei, daß also bei kompletter Fazialislähmung über dem N. petros. superfic. major keine Tränensekretion mehr stattfinde. Doch stehen auch dieser Annahme unzweifelhafte klinische Befunde entgegen. Dank diesem edlen Wettstreite zwischen Anatomie und Physiologie ist der Kliniker ebensowenig über die Innervation der Tränendrüse wie über die Innervation des Levator palati informiert. Es herrscht hier zunächst noch eine vollkommen ungeklärte Situation. So viel ist sicher, daß in unkomplizierten Fällen Lähmung des Levator palati und Störungen in der Tränensekretion fast niemals beobachtet werden. Der Schiefstand der Noula kommt bei so vielen gesunden Menschen vor, daß er diagnostisch absolut nicht verwertbar ist. — Die objektiven Symptome werden von einer Reihe subjektiver Symptome ergänzt. Außer den Schmerzen, die bei peripherer Fazialislähmung häufig vorkommen, ist bei schwereren Lähmungen des oberen Astes das Lästigste für die Kranken das Tränenträufeln und die Schmerzen im Auge. Diese letzteren entstehen dadurch, daß der Blinzelreflex entfällt und daher Fremdkörper Konjunktiva und Kornea reizen, nicht selten sogar entzüdliche Vorgänge an denselben hervorrufen. — Das klinische Bild der Fazialislähmung entsteht nun durch außerordentlich verschiedene, zum großen Teil noch unbekannten Ursachen und stellt, wie aus den bereits genannten Zahlen hervorgeht, eine recht häufige Erkrankungsform dar. Wir wollen hier unser Augenmerk nur der sozusagen idiopathischen Fazialislähmung zuwenden, das ist, wie wir sehen, die überwiegende Mehrzahl der Fälle. Die Zahl derselben nimmt noch zu, wenn wir auch die sogenannte otitische Form hieher rechnen. Die in Rede stehende Erkrankung entwickelt sich ent-

weder ganz plötzlich oder während weniger Stunden, manchmal mit, manchmal ohne Symptome einer Allgemeinerkrankung; ausnahmsweise, besonders bei Kindern, sogar mit Fieber, Kopfschmerz und Erbrechen. Ein sehr gewöhnliches Begleitsymptom sind Schmerzen. Mitunter gehen diese der Erkrankung tagelang voraus. Gar nicht selten, vielleicht sogar in der Mehrzahl der Fälle, treten die Gesichtslähmungen plötzlich — fast über Nacht — ein ohne jeden Schmerz und werden erst morgens im Spiegel entdeckt. Es besteht ferner kein gesetzmäßiger Zusammenhang zwischen Intensität der Begleiterscheinung und Schwere der Lähmung. Mitunter sieht man leichte Lähmungen mit intensiven Schmerzen, umgekehrt manchmal schwere Lähmungen ganz schmerzlos auftreten. Es ist nicht leicht, die Frage zu beantworten, woher die begleitenden Schmerzen stammen. Manche Autoren führen sie auf die gleichzeitige Miterkrankung sensibler Nerven zurück. Wahrscheinlich aber ist, daß der Fazialis nicht als rein motorischer Nerv anzusehen ist, sondern als ein gemischter und daher sensible Reizerscheinungen auch bei dessen isolierter Erkrankung auftreten können.

Was die sogenannte otitische Fazialislähmung betrifft, diejenige, welche bei unzweifelhaften Erkrankungen des Gehörapparats auftritt, so verzeichnet sie der Vf. 43mal. Man denkt da an eine regionäre Infektion des Fazialis, der ja nur durch eine ganz dünne Knochenschichte vom inneren Gehörapparat getrennt ist. Es besteht auch hier keine Gesetzmäßigkeit zwischen dem Verhältnis der Schwere der Ohrenerkrankung und derjenigen der Fazialislähmung. Wie schon eingangs hervorgehoben, ergreift die periphere Fazialislähmung meist alle Aeste des Fazialis im Gegensatz zur zentralen, welche die oberen Aeste meist verschont. Es ist jedoch durchaus keine regelmäßige Beteilung aller Fazialisäste die Regel, obgleich genug Fälle vorkommen, wo alle Aeste erkranken und dann der Verlauf ein gleichmäßig guter oder schlechter ist. Vielleicht die größere Anzahl zeigt aber eine ungleichmäßige Beteiligung der verschiedenen Aeste. Es kann z. B. die Lähmung im Stirnast eine leichtere sein als im Mundast und umgekehrt; dementsprechend heilt im Stirnast die Lähmung aus, während sie im Mundast persistiert oder umgekehrt. Es scheint, daß bei früh erworbenen Lähmungen in der Kindheit der Stirnast öfter vollkommen ausheilt. Um zu erklären, warum unter gleichen Verhältnissen ein Mensch an einer Fazialislähmung erkrankte und der andere nicht, hat man die sogenannte hereditäre, familiäre und individuelle Prädisposition zur Erklärung herangezogen, dies letztere umso eher, als man gar nicht so selten sieht, daß in manchen Familien die Fazialislähmung mehrere Mitglieder trifft und als man wiederholt die Beobachtung gemacht hat, daß manche Menschen zwei- und dreimal und öfter die Krankheit bekommen, manchmal in kürzeren, andermal in längeren Intervallen. Hinsichtlich der Bevorzugung eines Geschlechtes besteht keine Einigkeit. Manche Berufe sind der Zugluft mehr ausgesetzt und bei solchen will man häufiger eine Fazialislähmung beobachtet haben! Die Lähmung trat bei 309 Männern und 285 Frauen auf. Von den 309 männlichen Fällen trafen 114 auf Berufe, die keiner besonderen Refrigerationsgefahr ausgesetzt sind, 125 auf solche, welche berufsmäßig Verkühlungen oder der Möglichkeit derselben häufig ausgesetzt sind, z. B. Lokomotivführer, Heizer, Kondukteure, Kutscher, Arbeiter im Freien u. s. w., 31, bei welchen toxische Einflüsse denkbar sind, der Rest war entweder unbekannten, ungenannten Berufes oder Kinder. Während es in dieser Beziehung also keine greifbaren Anhaltspunkte gibt, erscheint es wohl von größerem Interesse, daß die Erkrankungen in gewissen Monaten häufiger sind, und zwar fällt die größte Frequenz in die Monate April, Mai und September, und zwar in ganz auffälliger Weise gleichmäßig bei beiden Geschlechtern. Bei der Häufigkeit und noch immer zunehmenden Bewertung des Faktors der Infektion liegt es nahe, auch für die sogenannte rheumatische Fazialislähmung an die Möglichkeit einer solchen zu denken.

Als leicht ist die Lähmung des Fazialis wie die eines jeden peripheren Nerven



dann zu bezeichnen, wenn bei der elektrodiagnostischen Untersuchung weder qualitative noch quantitative Veränderungen mit dem faradischen und galvanischen Strom wahrzunehmen sind. Mittelschwer ist die Lähmung dann, wenn eine mittelschwere, also nicht komplette, sondern nur partielle Entartungsreaktion besteht. Schwer ist die Fazialislähmung dann, wenn komplette Entartungsreaktion besteht. Dabei ist ein Punkt vor allem wesentlich: daß nämlich unmittelbar nach Eintritt der Lähmung, gleichgiltig, welchen Ursprung dieselbe hat, niemals ein abschließendes Urteil auf elektrodiagnostischem Wege möglich ist, daher auch unmittelbar nach der Lähmung eine solche Prognose niemals mit Sicherheit zu stellen ist. Die elektrodiagnostische Untersuchung belehrt uns über die Schwere des vorliegenden Zustands und damit über die Prognose des Falles erst nach einer gewissen Frist und diese Frist beträgt im Durchschnitt ungefähr zehn Tage. Zehn Tage nach Eintritt der Lähmung sind wir imstande, mit approximativer Wahrscheinlichkeit Schwere und damit auch Dauer einer peripheren Fazialislähmung zu bestimmen. Die elektrodiagnostische Prüfung führt meist erst zu der richtigen Bewertung des speziellen Falles, wenn auch der Geübte meistens bei bloßer Inspektion und Funktionsprüfung die ganz leichten Fazialislähmungen einerseits und die ganz schweren oder weniger schweren Formen anderseits approximativ richtig abschätzen wird. Es ist auch, wie schon erwähnt, eine alte Erfahrung, daß nicht selten die Lähmungserscheinungen, bezw. die degenerativen Folgezustände in verschiedenen Gebieten des Nerven verschieden schwer sein können; es kann z. B. der Stirnast leicht oder mittelschwer gelähmt sein, der Mundast hingegen komplette Entartungsreaktion zeigen und umgekehrt; es besteht hier keine Gesetzmäßigkeit. — Im wesentlichen erkennt man, zu welcher Tendenz ein bestimmter Fall hinneigt, daran, ob die komplette Entartungsreaktion allmählich der partiellen Platz macht. Dies sind die Fälle, in welchen Besserung zu erwarten ist. Oder aber, ob die zur kompletten Entartungsreaktion gehörende galvanomuskuläre Uebererregbarkeit allmählich in völlige Unerregbarkeit übergeht, womit dann die Prognose der Spontanheilung eine schlechte wird und jede weitere prognostische Aeußerung auf Grund der elektrischen Untersuchung entfällt. Die elektrischen Veränderungen gehen aber nicht immer mit der Funktionsfähigkeit vollkommen parallel. Es kann z. B. ein Nerv noch schwere Zeichen gestörter Leitfähigkeit für den elektrischen Strom zeigen und trotzdem auf Willensimpulse schon ausgesprochen reagieren; sogar bei vollkommener Unerregbarkeit von Nerven und vollkommener Unerregbarkeit vom Muskel für faradischen und galvanischen Strom kann dies eintreten. Dieser Umstand ist imstande, den Wert der elektrodiagnostischen und damit auch elektroprognostischen Methode wesentlich zu beeinträchtigen. Es ist aber dieser Umstand auch namentlich bei der chirurgischen Therapie, von der Vf. zum Schlusse noch spricht, immer in den Kalkül zu ziehen. — Gegen die Entwicklung der Kontraktur und bezüglich ihrer Behebung sind wir vollkommen machtlos. Es scheint aber, als ob gerade die physikalische Behandlung, dem Zustandekommen der Kontraktur günstig entgegenwirken würde. Wenn, wie dies ausnahmsweise der Fall ist, eine periphere Fazialislähmung sich schleichend entwickelt hat, so pflegt ihre Prognose eine schlechte zu sein. Es sind meist jene Fälle, wo ein schleichend sich entwickelndes Grundübel, etwa ein wachsendes Neoplasma, ein chronisch-kariöser Prozeß oder derartiges die peripheren Fazialislähmungen verschuldet. Die Therapie richtet sich zunächst auf die Grundkrankheit, wenn eine solche zu finden ist. Bei Verletzungen des N. facialis wird stets die Naht die beste Therapie sein, ebenso wie bei einer Fazialislähmung, die durch eine luetische Periostitis im Canalis Fallopiae entstanden ist, eine antiluetische Kur oder bei einem kariösen Prozeß am Felsenbein eine Operation u. s. w. Es ist auch klar, daß, wenn die Fazialislähmung im Verlaufe akuter oder chronischer Mittelohrprozesse entstanden ist, die entsprechende Behandlung diese Krankheiten gleichzeitig mit

der neurologischen Therapie der Lähmung eingeleitet und fortgeführt werden muß. Mitunter gibt uns demnach die Anamnese nicht mißzuverstehende Winke, wenn es sich um eine sogenannte rheumatische Lähmung handelt. Man leitet in solchen Fällen eine antirheumatische Therapie ein: Applikation feuchtwarmer Umschläge bei gleichzeitiger interner Darreichung von Salizyl oder, was noch besser vertragen wird, Aspirin und ähnlichen Präparaten u. s. w. Wenn auch vielleicht diese Mittel keinen direkten Heilungsbringenden Effekt haben, so sind sie doch dem Patienten subjektiv sehr angenehm, weil sie die die genuine Fazialislähmung so häufig begleitenden Schmerzen beseitigen oder mildern. In dieser Hinsicht sind auch Blutegel am Proc. mastoid. oder ein Blasenpflaster dortselbst appliziert oder heiße Umschläge nicht zu verachten. Wie schon hervorgehoben, kann man die die Fazialislähmung begleitenden Schmerzen nicht mit Sicherheit erklären. Sie können von einer begleitenden Neuritis des Trigeminus oder der Zervikalnerven herstammen oder daher, daß der Fazialis hier aus seiner Rolle als sogenannter rein motorischer Nerv heraustritt oder daß leichte otitische Prozesse die Lähmung begleiten. Die Schmerzen können in seltenen Ausnahmsfällen der Fazialislähmung vorausgehen, sie begleiten, und zwar mitunter ganz intensiv, und manchmal den Eintritt der Lähmung überdauern. Die elektrische Therapie einer ganz frischen Fazialislähmung wird so geübt, daß die Kathoden auf den Nervenstamm, die Anode auf einen indifferenten Punkt, z. B. im Nacken, angesetzt wird. Es werden Ströme bis maximal fünf Milliampère bei sorgfältiger Vermeidung von Stromschwankungen bis zu 5 Minuten Dauer appliziert. Versuche an durchschnittenen Nerven mit und ohne chirurgische Behandlung haben die Möglichkeit erwiesen, unter dem Einfluß der Kathodenapplikation an den Schnittenden das Zusammenheilen der Nervenenden zu beschleunigen. Wenn das akute Stadium vorüber ist, spielt die elektrische Therapie wahrscheinlich nur die Rolle einer gymnastischen Uebung. Es werden die Muskeln zur Kontraktion gebracht mit galvanischen oder leichten faradischen Strömen; beim galvanischen Strom ist derjenige Pol vorzuziehen, der eine intensivere Wirkung in dem gegebenen Falle hat. Die galvanische Behandlung der Kontratkur ist, wenn auch nicht indiziert, so doch immerhin statthaft. Aber gerade bei allen Fällen von Fazialislähmung erweist sich mitunter eine rein mechanische Behandlung als recht günstig. Es kann schon durch einfache Uebungen mitunter Nützliches geleistet werden. Hier kann auch mit Nutzen manuelle, maschinelle Massage, besonders die Vibrationsmassage, angewendet werden. Die manuelle Massage besteht in Quetschungen und Dehnungen der Wangen- und Stirnmuskeln. Für die Vibrationsmassage erweisen sich insbesondere zwei Vibratoransätze als praktisch. Der eine gestattet das Vornehmen der Vibration mit den Fingern des Arztes, während der andere Ansatz einen weichen, schwammartigen Kopf betrifft, welcher in die paretische Wangentasche eingelegt und dort zur Vibration gebracht werden kann. Ein amerikanischer Autor (Short) hat einen kleinen, recht praktischen Apparat angegeben. Er besteht aus einem kleinen Silberhäkchen, welches in den Mundwinkel eingelegt und mit einer Gummischlinge an der Ohrmuschel befestigt wird. Der elastische Zug wird zum Zwecke der Gymnastik entweder wenn Reste spontaner Beweglichkeit da sind, von der paretischen, bei vollkommener Lähmung in geringem Grade von der gesunden Gesichtshälfte besorgt. — Eine besondere Sorgfalt erfordert die Behandlung des Lagophthalmus. Wegen der Gefahr der Sekretstauung ist das Verbinden des Auges durchaus unzulässig. Das anzustrebende Ziel wird in sehr einfacher und prompt wirksamer Weise durch Verkleinerung der Lidspalte mittels eines schmalen Heftpflasterstreifens erreicht. Auch bei schon bestehenden Reizsymptomen werden diese sowie die Schmerzen durch dieses einfache Verfahren in wenigen Stunden verschwinden. Bezüglich der Anastomose zwischen dem Fazialis und dem äußeren Ast des Akzessorius (Faure, Furt, Bréavoine, Kennedy und

Manasse) haben die genannten Autoren das Verdienst, die Frage aufgerollt und zur Diskussion gestellt zu haben, ob es nicht möglich wäre, auf chirurgischem Wege durch Verbindung des peripheren Endes des N. facialis mit einem Ast des Akzessorius eine Heilung zunächst traumatischer Kontinuitätstrennungen des Fazialis zu erreichen. Sehr bald wurde der Nervus hypoglossus (Kröte) und in letzter Zeit auch einzelne Aeste des Glossopharyngeus für günstigere Kraftspender gehalten als der Akzessorius. Bei den von glücklichem Resultate begleiteten Operationen war meistens ein Effekt erzielt worden, welcher der physiologischen Berechtigung des Eingriffes sehr das Wort spricht und so ziemlich von allen neurologischen Kennern anerkennend hervorgehoben wird, nämlich die Hebung des Tonus in der gelähmten Muskulatur. Fraglicher schon ist der kosmetische, zweifelhaft der funktionelle Erfolg. Hier stören das Ergebnis der vorgenommenen Nervenkreuzung die durch Herstellung eines abnormen Innervationsgeleises unvermeidlich werdenden Mitbewegungen. Die Chirurgen konnten die mit Erfolg operierten Fälle nur mit dieser lästigen Folge der Mitbewegungen zeigen und stellen das Aufhören derselben in Aussicht. Ab dies wirklich eintritt, ist aber fraglich. Bei der „greffe" mit dem Nervus hypoglossus kommt überdies noch sehr häufig halbseitige Atrophie der Zunge hinzu, ein Umstand, der den funktionellen Erfolg wesentlich zu beeinträchtigen geeignet ist. Wer je gesehen hat, welche Qualen eine halbseitige Zungenatrophie einem Menschen bereitet, wird ihm keinen solchen Tausch zumuten, wo noch überdies der Funktionseffekt für den Fazialis ein sehr fraglicher ist. Aber eines müssen wir mit Entschiedenheit erklären: So gerne wir die mechanische Kontinuitätstrennung als Domäne der Chirurgen anerkenen, so zögernd entschließen wir uns, in Anbetracht der bisher erzielten Resultate hiezu bei peripheren Lähmungen aus infektiöser oder unbekannter oder rheumatischer Aetiologie, insbesondere bevor dieselben nicht absolut unheilbar sind und unbedingt nicht vor Ablauf zumindest eines Jahres. — (Wien. med. Presse Nr. 6 u. 7, Februar 1907.)

Physikalische Therapie.

Die physikalische Behandlung der Tabes dorsalis. Von Dr. Tobias und Dr. E. Kindler. Ref. Paul Lißmann, München.

Die Vielseitigkeit der ätiologischen Theorien der Tabes — Fournier, Erb Lues; Strümpell Schablonenursache; Charcots neuropathische Belastung, Moczutkowskis sexuelle Exzesse, Edingers Aufbrauchtheorie und Benedikts Hypoplasie — haben es mit sich gebracht, daß die Therapie der Tabes eine außerordentlich vielseitige und schwankende ist; so viel aber steht fest, daß keine Therapie den Ausbruch der Krankheit verhüten kann. Immerhin aber kann eine gut angewandte physikalische Therapie für den Tabiker von Vorteil sein. Zu beachten ist daher 1. Diät, 2. Massage, 3. Gymnastik, 4. Uebungsbehandlung, 5. Hydrotherapie, 6. Elektrotherapie.

Ad 1. Die Diät soll reizlos und laktovegetabil sein mit wenig Fleisch wegen dessen irritativer Wirkung. Tabiker sind infolge der vermehrten Muskelanstrengung und infolge ihrer psychischen Erregung in ihrem Ernährungszustand meist herabgesetzt. Mastkuren sind wegen der Vermehrung des Körpergewichtes zu vermeiden, Alkohol in mäßigen Grenzen erlaubt; eine spezielle Diät für Tabiker aber gibt es nicht.

Ad 2. Auf die Massage kann bei der tabisch-atonischen Obstipation sowohl wie bei der durch lange Bettruhe geschwächten Muskulatur nicht ganz verzichtet werden. Eine gelinde Streichmassage wirkt beruhigend auf die lanzinierenden Schmerzen. Die Vibrationsmassage leistet bei der Tabes nichts.

Ad 3. In initialen Fällen kann eine vorsichtige leichte Gymnastik nicht schaden; zu warnen ist aber unbedingt vor Uebertreibungen durch „müllern" oder „schrebern". Die Suspensationsbehandlung, die eine Dehnung der Rückenmarkshäute bezweckt und dadurch auf die Ataxie von gutem Einfluß sein soll (?), ist in ihrer

Wirkung ebenso unsicher wie das Hessingsche Stützkorsett. Da aber letzteres ebenso wie eine straffe Umwicklung der Beine dem Kranken ein gewisses Gefühl von Sicherheit geben, kann man es immerhin versuchen. Das Schlendern der Beine wird nach des Vfs. Erfahrungen geringer.

Ad 4. Die von Frenkel angegebene kompensatorische Uebungsbehandlung bezweckt, durch systematische und vor allem präzise Uebungen die gesunden Neuronen der Bathyästesie zu erneuter und erhöhter Tätigkeit heranzuziehen. Bei diesen Uebungen ist der Einfluß auf die Ataxie und auf den Allgemeinzustand streng zu überwachen. Insbesondere eignen sich akut fortschreitende Fälle durchaus nicht zur Behandlung mit der Frenkelschen Uebungstherapie. Die Uebungen sollen nach des Vfs. Ansicht zweimal jährlich in 4—6 Wochen langer Kur täglich gemacht werden.

Ad 5. Am meisten leistet die Hydrotherapie bei der Tabes; doch sie muß streng nach den einzelnen Fällen moduliert werden. Die frischen progressiven Tabeskranken werden bedeutende Erleichterung ihrer Schmerzen haben nach warmen Bädern von 35° Celsius und 60 Minuten Dauer und folgender einstündiger Bettruhe; bei kräftigen Patienten empfiehlt sich Zusatz von Sohle. Für Tabiker mit stehendem Prozeß empfehlen sich CO_2-Bäder von 8—15 Minuten Dauer, darnach 2 Stunden Ruhe. Noch intensiver wirken die Halbbäder, die man mit 34^3 C. beginnt und nach und nach auf 30° abkühlt; ebenso vorteilhaft wirken Einpackungen; dagegen sind Abreibungen, vor allem aber sehr heiße und sehr kalte, oder gar Dampfbäder, streng zu vermeiden. Heiße Sandsäcke und Thermophore direkt auf die Columna vertebralis aufgelegt, lindern insbesondere die lanzinierenden und Gürtelschmerzen.

Ad 6. Die Wirkung der Elektrizität als schmerzherabsetzend ist unsicher.

Der Hinweis, daß wir den anatomisch-tabischen Prozeß in keiner Weise beeinflussen können, schließt den interessanten, aber jedes Neuen entbehrenden Aufsatz. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9 u. 10, 1907.)

Ueber die Styriaquelle in Rohitsch-Sauerbrunn. Von E. Ludwig, Th. Panzer und E. Zdarek. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Der methodischen und ausführlichen Analyse aus dem Ludwigschen Laboratorium ist zu entnehmen, daß die Styriaquelle in Rohitsch-Sauerbrunn zu den alkalisch-salinischen Säuerlingen gehört. Das Wasser ist mit Kohlensäure gesättigt und durch einen hohen Gehalt an Magnesiumbikarbonat ausgezeichnet. Seit der Analyse von Buchner (1884) hat sich der Gehalt der Quelle an festen Stoffen nicht wesentlich geändert. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 13, 1907.)

Die Radioaktivität der Teplitz-Schönauer Urquelle. Von A. Hauser, Teplitz. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Hauser untersuchte während eines Jahres in häufigen Stichproben die Emanation der Teplitzer Urquelle und fand sie sehr konstant; sie schwankte zwischen 90 und 122 Volt in 15 Minuten. Inwiefern die Radioaktivität die Bedeutung eines wirksamen und heilenden Faktors hat, läßt sich heute noch nicht mit Sicherheit sagen. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 2, 1907.)

Ueber die Wirkung der Orber Martinusquelle bei Lebererkrankungen. Von Kittsteiner. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die Orber Martinusquelle ist eine Kochsalzquelle. Sie ist nach Kittsteiners Erfahrungen indiziert: 1. bei Magendarmleiden, und zwar bei a) subakutem und chronischem Magenkatarrh mit oder ohne erhebliche Schleimabsonderung und herabgesetzter Azidität, b) Hyperazidität nervösen Ursprungs, c) chronischen Durchfällen infolge Darmkatarrh; d) chronischer Obstipation und pseudomembranöser Enteritis. Sie ist 2. indiziert bei Erkrankungen der Leber und der Gallenwege, und zwar bei: a) Leberhyperämie: Leberkongestion, Stauungsleber, Unterleibsplethora, Hämorrhoiden, b) Anfangsstadien der atrophischen und hypertrophischen Zirrhose, Cirrhoses cardiaques, c) Katarrh der Gallenwege, Icterus catarrhalis, d) steinbildendem Katarrh, Cholelithiasis und ihren Folgezuständen,

e) Störungen der Lebertätigkeit, bezw. des Stoffwechsels bei harnsaurer Diathese, Diabetes und Fettleber. — (Deutsche Aerzte-Ztg., Nr. 22, 1906.)

Kryoskopische Untersuchungen von Mineralwässern. Von P. Casciani. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die zahlreichen kryoskopischen Untersuchungen Cascianis über italienische Mineralwässer interessieren hier nicht, wohl aber Vergleiche zwischen bei uns geläufigen Mineralwässern und ihren Ersatzpräparaten. Karlbader Sprudel hatte $\triangle$ = 0·305, das Ersatzpräparat = 0·080; Vichy hôpital 0·372, bezw. 0·252; Hunyadi János 1·061, bezw. 1·610. Im allgemeinen haben die Bitterwässer einen hohen osmotischen Druck. Ihnen folgen die purgierenden Kochsalzwässer; die schwachen, mehr diuretischen Kochsalzquellen haben einen unter dem Blutwert stehenden Wert für $\triangle$. Wollen wir mit einem Wasser eine Wirkung auf den Magen ausüben, so werden wir solche hohen Drucks verwenden; reflektieren wir auf eine Stoffwechselwirkung, so ist es wünschenswert, daß das Wasser den Magen rasch verläßt, und wir wenden Wässer niederen Drucks an. — (Il Policlin., Sez. med., Nr. 2. 1907.)

Chirurgie.

Orthopädie.

1. **Zur differentiellen Diagnose der Knochenverdickungen.** Von C. Reitter, Wien. Ref. Vulpius, Heidelberg.
2. **Die Behandlung der Arthritis deformans.** Von F. Rhein. Ref. Vulpius, Heidelberg.
3. **Die physikalische Therapie der Skoliose.** Von J. A. Rivière. Ref. A. Haas, München.

1. 45jähriger Mann mit unregelmäßigen periostalen Verdickungen am Ober- und Vorderarm. Die diffuse Ausbreitung, die stellenweise Absumption und Einschmelzung, welche an den Röntgen-Bildern festzustellen ist, spricht für gummöse Periostitis. Die Diagnose wird gestützt durch ein serpiginöses Hautsyphilid. Außerdem bestehen vielleicht Gummata im Mark, welche eine Humerusfraktur mit Pseudoarthrose veranlaßt haben (Osteomyelitis unwahrscheinlich). — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 6, 1907.)

2. Rhein empfiehlt ausdauernde Behandlung mit allgemeiner und Gelenkmassage und tägliche Applikation eines möglichst starken galvanischen Stromes während fünf Minuten. Besserung tritt bisweilen erst nach vielen Monaten ein, macht dann aber raschere Fortschritte. — (The therapeutic Gazette, 15. März 1907.)

3. Eine völlige Heilung der Skoliose vermögen wir nur bei der funktionellen Form zu erzielen, bei der sogenannten schlechten Haltung. Deshalb ist es Aufgabe der Eltern und Lehrer, insbesondere aber auch der Hausärzte, in diesem Frühstadium die Skoliosen zu erkennen und sie einer geeigneten Behandlung zuzuführen. Sind einmal bleibende Skeletveränderungen aufgetreten, besteht also eine sogenannte anatomische Skoliose, so vermag die Orthopädie eine Zunahme der Deformität zu verhindern, auch mäßige Besserungen zu erzielen. Rivière empfiehlt neben der speziellen Gymnastik Massage, Faradisation und Galvanisation des Rückens, Vibration etc.; Korsetts und Lagerungsapparate wendet er im allgemeinen nicht an. Die Behandlung und Ueberwachung der Skoliotischen muß genügend lange fortgesetzt werden. — (Annal. de Physicothérapier, Nr. 1, 1907.)

Thiosinamin.

1. **Ueber die intravenöse Anwendung einer neuen Thiosinaminverbindung und ihren Einfluß auf Narbengewebe.** Von Dr. Frank. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
2. **Eine durch Fibrolysin geheilte Oesophagusstriktur.** Von Dr. P. Michaelis. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
3. **Ueber Fibrolysinwirkung.** Von Dr. Emmerich. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
4. **Heilung narbiger Pylorusstenosen durch subkutane Thiosinamininjektionen.** Von E. Sachs. (Aus dem städt. Krankenhaus Moabit-Berlin.) Ref. F. Perutz, München.

1. Frank hat mit gutem Erfolge intravenöse Injektionen von Fibrolysin bei den verschiedenartigsten Prozessen angewandt,



wo es sich darum handelte, Narbengewebe aufzusaugen oder zu erweichen, ohne Unterschied des pathologischen Leidens, das zur Narbenbildung geführt hat. Gute Dienste haben die Injektionen unter andern in den Fällen geleistet, wo sich nach Laparotomien Adhäsionsstränge gebildet hatten, die durch Zug oder Druck den Patienten lästige Beschwerden verursacht hatten. Schon wenige Injektionen genügten, um diese Adhäsionsstränge mobiler zu machen, bezw. sie zu beseitigen, und so den Kranken von seinen Schmerzen zu befreien. In 12 Fälen hat Frank die Injektionen zur Beseitigung von Harnröhrenstrikturen angewandt. Er ist mit dem erreichten Resultat sehr zufrieden. Man kann durch sie die Urethrotomia externa umgehen, die bei alten Personen oder bei schweren Infektionen doch ein ziemlich gefährlicher Eingriff ist. Die Injektionen sind besonders in denjenigen Fällen empfehlenswert, wo die Harnröhrenstriktur eine so große ist, daß eine Dilatation nur schwer und unter Blutungen möglich ist. Mit den Injektionen von Fibrolysin verbindet man Massage und Sondeneinführung, um dadurch die erweichten Strikturen leichter zur Resorption bringen zu können. Frank hat nach Fibrolysin-Injektionen nie irgendwelche schädlichen Neben- bezw. Nachwirkungen beobachtet. — (Extrait de Bullettin de l'Association française d'Urologie.)

2. Michaelis berichtet über einen Fall von Oesophagusstriktur, die sich bei einem achtjährigen Mädchen nach Herunterstoßen eines im Oesophagus stecken gebliebenen Kirschkernes in den Magen durch Schrumpfung bei der Heilung der Dekubitalgeschwüre, die der Kern erzeugt hatte, herausbildete. Dieselbe befand sich 15 cm von der Zahnreihe entfernt und war so gewaltig, daß selbst flüssige Speisen nur mit größter Mühe in den Magen befördert werden konnten. Nach Injektionen von Fibrolysin, die alle drei Tage vorgenommen wurden, besserte sich der Zustand so, daß nach der siebenten Injektion, also nach 25 Tagen, die Sonde X Chariere glatt durch die enge Passage hindurchging. Das Kind konnte dann beschwerdelos jede Nahrung zu sich nehmen. Es wurden jedesmal 2·3 cm³ injiziert. — (Med. Klin. Nr. 10, 1907.)

3. Emmerich hat das Fibrolysin zur Beseitigung von Narbensträngen angewandt, die sich im Anschluß an eine Laparotomie ausgebildet hatten und schmerzhaften Druck auf den Darm und erschwerten Stuhlgang verursachten. Im ganzen wurden 30 Ampullen eingespritzt, zuletzt 2—3 Einspritzungen in der Woche in die Glutäalgegend. Der Erfolg war ein guter. Patient hatte jeden Tag regelmäßigen Stuhlgang ohne Nachhilfe von Laxantien. — (Allg. med. Zentr.-Ztg. Nr. 6, 1907.)

4. Eine 36jährige Frau mit motorischer Insuffizienz des Magens infolge narbiger Verengerung des Pylorus durch ein altes Magengeschwür wurde, nachdem die Oelkur fehlgeschlagen hatte, durch 15 Injektionen von je 1 cm³ Fibrolysin resp. einer 10%igen Thiosiaminlösung und gleichzeitigen Magenspülungen vollkommen geheilt. Sie nahm im Laufe der Kur um 20 Pfund zu und war imstande, schließlich die gewöhnliche Kost zu vertragen. Der Zustand war auch mehrere Monate nach Abschluß der Behandlung der gleich gute. Auch in einem anderen Falle gelang es durch 20 Thiosinamininjektionen und Spülungen eine Patientin, die große Rückstände im Magen aufgewiesen hatte, unter beträchtlicher Gewichtszunahme dauernd herzustellen.

Da Thiosinamin und seine Produkte, wie es scheint, nur einen narbenerweichenden Einfluß ausüben, so müssen die Einspritzungen mit einer mechanischen Dehnungsbehandlung — in den erörterten Fällen mit Spülungen — verbunden werden. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 1, 1907.)

Ueber Isoformintoxikationen. Von Urbantschitsch.
Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Das Parajodanisol oder Isoform hat sich in jüngster Zeit als Antiseptikum, insbesondere als Ersatzpräparat des Jodoforms, immer mehr Geltung verschafft. Mehrere Vorzüge des Isoforms lassen es begreiflich erscheinen, es bei gleicher Wirkung speziell dem Jodoform vorzuziehen: Weiße Farbe, der an Anis erinnernde Geruch, die Fähigkeit, Granula-

tionsbildungen nicht überhandnehmen zu lassen. Hiezu gesellte sich die Angabe, daß es so gut wie ungiftig und daher ohne Bedenken anzuwenden ist. Vf. benützte es sowohl in der Privatpraxis als auch in der Poliklinik und konnte sich von der guten Wirkung in vielen Fällen überzeugen. Nur bei der Nachbehandlung nach Trepanation des Warzenfortsatzes nahm Vf. bald davon Abstand, da dadurch die Granulationsbildung zu sehr unterdrückt wurde. Immerhin zeigten Erscheinungen in drei Fällen dem Vf., daß dieses Antiseptikum unter Umständen doch nicht unbedenklich ist. Zur Tamponierung nach einer Radikaloperation wegen Cholesteatom des Felsenbeines legte Vf. wegen üppiger Granulationsbildung 10%ige Isoformgaze ein. In der darauffolgenden Nacht stellten sich bei dem Patienten epileptiforme Krämpfe ein, die nach der Entfernung der Isoformgaze in der Folge nicht mehr eintraten. Der Patient hatte allerdings bereits vor seiner Operation an gleichen Anfällen gelitten, die jedoch seit der Operation nicht mehr aufgetreten waren. Vf. nahm deshalb ein zufälliges Zusammentreffen dieser beiden Momente an. In einem zweiten Falle benützte Vf. bei einer Nachbehandlung einer Radikaloperation wegen allzu stark aufschießender Granulation 10%ige Isoformgaze. Der Patient fuhr am Abend mit dem Zuge nach Hause; auf der Fahrt fühlte er sich nicht wohl und stürzte plötzlich zusammen. Tags darauf fühlte er sich wieder wohl. Patient hatte einen derartigen Anfall, soweit er sich erinnern konnte, zum erstenmal und auch später keine ähnliche Attacke mehr. Der dritte Fall betraf ein zehnjähriges Mädchen, bei dem die Radikaloperation wegen Caries cavi tympani ausgeführt war. Wegen rezidivierender Karies ließ Vf. Instillationen mit 10%iger Jodoformemulsion vornehmen, die sehr gut vertragen wurden, nur wollten sich die vorhandenen Granulationen nicht zurückbilden. Vf. verordnete deshalb 5%ige Isoformemulsion (Isoform 5·0, Glyzerin 65·0, Aqu. dest. 35·0, Gummi Tragacanth 0·1). Am nächsten Tag fühlte sich Patientin unwohl, erbrach auch in der Schule und mußte von hier während des Unterrichts nach Hause gebracht werden. Irgend eine Unregelmäßigkeit in der Diät wurde von den Angehörigen auf das bestimmteste in Abrede gestellt. Da das Unwohlsein mit den Ohrtropfen in keinen Zusammenhang gebracht wurde, erhielt die Patientin abends, wie vorgeschrieben, die Emulsion zum zweitenmal. In derselben Nacht, besonders gegen Morgen, trat große Schwäche auf, mit intensivem, fast ununterbrochenem Schwindel, zunehmenden Uebelkeiten und zeitweiligem Erbrechen. Dieser Zustand hielt, fast stets gleichbleibend, fast zwei Tage an, bis das Kind zum Vf. gebracht wurde; derselbe spülte das Ohr aus und trocknete es mit sterilen Tupfern, worauf das Kind noch einmal erbrach, doch besserte sich der Allgemeinzustand nunmehr in auffallender Weise: die Uebelkeiten verschwanden vollständig, Patientin erbrach fernerhin kein einziges Mal mehr, schon am selben Abend zeigte das Mädchen Appetit, aß zum erstenmal seit vier Tagen, hatte keinen Schwindel mehr und fühlte sich bedeutend wohler. Nun lag wohl der Gedanke nahe, daß diese Erscheinungen durch das Mittel ausgelöst wurden und es galt daher, der Frage näher zu treten, ob durch das Isoform tatsächlich Intoxikationen hervorgerufen werden können. Takayama legte durch seine wissenschaftlichen Experimente dar, daß Isoform nicht nur extra corpus, sondern auch intra corpus hämolytisch wirkt, und zwar weit energischer als Jodoform, das bei direkter Mischung mit Blutkörperchensuspension, Blutlösung und mit unverdünntem Blut höchstens Methämoglobin bildet.

1. Nach Takayama hämolisiert Isoform extra corpus bei direkter Mischung mit Blut die roten Blutkörperchen und zersetzt den Blutfarbstoff in der Lösung oder innerhalb der roten Blutkörperchen durch das Stadium des Methämoglobin und Kathämoglobin hindurch bis zum Hämatin. 2. Diese Blutzersetzung findet auch intra corpus überall da mehr oder minder stark statt, wo das Isoform mit Blut direkt in Berührung kommt. 3. Das Isoform wirkt lähmend auf die Nerven-

zentren. Die publizierten Berichte über Isoform heben dessen Ungiftigkeit hervor; nur E. Hoffmann berichtet über einen Fall, in dem 3%ige Isoformgaze eine sehr heftige und weit ausgedehnte Hautentzündung hervorgerufen hatte, die noch nach fünf Wochen livide Färbung zeigte. Offenbar ist zum Zustandekommen einer Intoxikation eine besondere Disposition erforderlich, die erstens in günstigen Aufnahmsbedingungen des Isoforms ins Blut besteht und zweitens in einer leichteren Erregbarkeit des Nervensystems zu suchen ist. Die letztere Disposition bestand im ersten und dritten Fall zweifellos, indem in jenem Fall schon früher einmal analoge Anfälle bestanden hatten, in diesem eine allgemeine Nervosität offenkundig war. Noch zu bedenken ist, daß möglicherweise auch die große Nähe des Gehirns bei dem Orte der Blutzersetzung mit eine Rolle spielt. Bei den zweifellosen Vorzügen des Parajodanisols möchte Vf. aus dieser Mitteilung keineswegs eine Warnung vor Isoform ableiten, immerhin aber eine Mahnung zu einer gewissen Vorsicht, die darin zu bestehen hat:

1. Isoform nicht bei Personen mit nervöser Veranlagung zu gebrauchen;
2. nicht bei Blutungen, selbst wenn diese noch so geringfügig sind;
3. nicht bei sehr großen Wundflächen und
4. nur äußerlich, nie innerlich, da die hämolytische Wirkung vom Verdauungstrakt aus eine besonders ausgiebige zu sein scheint, indem nach Darreichung des Isoforms per os Nekrosen in der Leber, Milz, Niere etc. nachzuweisen sind. — (Wien. klin. Rundsch., Febr. 1907.)

Katgut steril vom Schlachttier, frisch mit Argentum oder Jodiden behandelt. Von Dr. Kuhn, Kassel. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Vf. bezieht sich auf seinen früheren Artikel in der Münch. med. Wochenschr., in welchem er die seitherige Herstellung des Katgut, wie es für chirurgische Zwecke in den Handel kommt, geschildert hat. Man hat bei der Einverleibung von Katgut es zunächst mit einer Implantation im chirurgischen Sinne, und zwar von totem Material, daneben aber auch mit einer Plastik, Heteroplastik, endlich auch mit einer Inkorporation von festem, bezw. flüssigem chemischen Material von allerlei Qualitäten zu tun. Die erste Forderung, die an einwandfreies Katgut zu stellen ist, betrifft die Sterilität. Jedem Rohkatgut des Handels muß man mehr oder minder folgende Vorwürfe machen: 1. Die Gewinnung ist zu unsauber und die Herkunft zu problematisch. 2. Jeder Faden muß vor dem Drehen steril gemacht werden. Ein Drehen nicht sterilisierter Fäden ist prinzipiell falsch. 3. Die ganze weitere Bearbeitung ist hygienisch nicht einwandfrei genug für die spätere chirurgische Verwendung des Katgut.

Die zweite große Forderung enthält die chemischen Qualitäten des Katgut. Die negative betrifft das Abhandensein von gewissen Stoffen, welche der Aufgabe des Katgut nachteilig; sie betrifft vor allem das Fehlen von putriden Materien im Katgut und das Fehlen von chemischen Desinfektionskörpern, zum Beispiel Sublimat, Karbol, Formalin etc. Die positive betrifft das Vorhandensein von gewissen Körpern, welche die Einverleibung des immerhin chemisch nicht indifferenten Fremdkörpers in die Wunde begünstigen. Solche Körper sollten im allgemeinen 1. die heteroplastischen Wirkungen der Katgutimplantation paralysieren, so z. B. 2. die Leukozytose regulieren, 3. die Resorption befördern, 4. der Ansiedlung von Keimen durch dauernde Abgabe eines Antiseptikums entgegen sein. Die dritte Hauptforderung betrifft die Widerstandsfestigkeit, bezw. Zugfestigkeit des Katgut; eine vierte seine Resorbierbarkeit. Vf. beschreibt nun des weiteren, wie das von ihm, bezw. der betreffenden Fabrik hergestellte Katgut von seinem Ausgangspunkt an für die verschiedenen Postulate präpariert wird. Zur Vollendung der Keimfreiheit des Katgut werden dort Jodpräparate oder Silbersalze benützt.

Ueber die Wirkung des Silbers wird er sich in einer großen Arbeit verbreiten; über Jod äußert er sich folgendermaßen:



1. Die Jodkörper helfen die heteroplastischen aktiven Schädlichkeiten des implantierten Tiergewebes tunlichst zu neutralisieren und zu paralysieren. 2. Haben sie einen ganz spezifischen Einfluß auf die Leukozyten, das Jod reguliert die Tätigkeit der Leukozyten in der Resorptionsfrage des Katgut. 3. Ueben sie einen besonderen, noch nicht ganz feststehenden Einfluß auf die Resorptionsvorgänge im Körper aus. 4. Endlich wirken sie als Dauerantiseptika und verhindern sekundäre Infektionen um das Katgut. Bezüglich der Forderung der Zugfestigkeit und Resorbierbarkeit berichtet Vf. hinsichtlich seines Katgut, daß aus seinen und anderer Arbeiten hervorgehe, daß ein mit Jod behandeltes Katgut eher stärker sei als ein anderes, mehr noch das mit Silber behandelte. Die Resorbierbarkeit sei bei Jod größer als sonst. Im übrigen verweist er bezüglich von Einzelheiten auf seine größere Arbeit und behält sich weitere detaillierte Mitteilungen vor. — (Wien. klin. Rundschau, Nr. 11, 1907.)

Ueber Jodofan. Von Dr. Piorkowski. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Jodofan ist ein rötlichgelbes, kristallinisches, geruch- und geschmackloses Pulver von der Formulierung $C_6H_3J(OH_2)$ HCOH. Seine Wirkung besteht in der Abspaltung von Jodformol beim Zusammenbringen mit Wundsekreten. Die Versuche Piorkowskis haben gezeigt, daß das Jodofan antibakterielle Eigenschaften besitzt, daß es in kurzer Zeit desodorierend wirkt und daß der von ihm ausgehende Antagonismus Bakterien gegenüber ein außerordentlicher genannt werden kann, was für die Wundbehandlung von besonderer Bedeutung ist. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 20, 1907.)

Experimente über die Wirkung der Bierschen Stauung auf infektiöse Prozesse. Von Prof. Dr. P. v. Baumgarten. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Als Versuchstiere dienten Kaninchen; als Infektionserreger wurden Tuberkelbazillen, Staphylokokken und Milzbrandbazillen verwendet. Die Stauung war stets eine heiße, d. h. das gestaute Glied fühlte sich stets wärmer an als das andere. Die Infektion geschah teils intraartikulär (Kniegelenk), teils subkutan. Bei Milzbrandversuchen gelang es, die Infektion (1 kleine Oese Bazillensubstanz) vollständig zu unterdrücken. Bei Staphylokokkenimpfung erfahren kleinere Haut- oder Gelenkeiterungen eine raschere Heilung, ausgedehntere Abszedierungen dagegen unter Stauung eher eine Verschlimmerung. In den Gelenkmembranen der anscheinend unter Stauung geheilten Gelenken befinden sich virulente Kokken. Fast wirkungslos blieb die Stauungsbehandlung in den Tuberkuloseversuchen; sie war weder imstande, die Lokaltuberkulose zur Heilung zu bringen, noch die tödliche Allgemeintuberkulose zu verhüten. Als Hauptfaktoren für die günstige Wirkung der Bierschen Stauung sind zu nennen: Verstärkung der Einwirkung des bakteriziden Serums, die Herabsetzung der für die betreffenden Bakterien geeigneten Nährbodenqualität, die Hemmung der Resorption durch die Binde, die Zirkulationsverlangsamung und Verminderung der Blutzufuhr und die durch das Stauungsödem herbeigeführte Verdünnung der Toxine. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 48, 1906.)

Augenheilkunde.

Zur Prophylaxe der Blennorrhöe der Neugeborenen. Von Dr. Seefelder, Leipzig. Ref. Eugen Binswanger, München.

Vf. hat bei 500 Neugeborenen in der Leipziger Universitäts-Frauenklinik vergleichende Untersuchungen über die Wirkung der Einträufelung von Argentum aceticum (1%) und Agentum nitricum (2%) angestellt. Er kommt zu der Anschauung, daß das Argentum aceticum auf der zarten Bindehaut des Neugeborenen keinen stärkeren Reizzustand hervorrufe, als das meist übliche Argentum nitricum, und auch diesem an Sicherheit der Wirkung nicht nachstehe. Während jedoch das Argentum nitricum, wenn eine Verdunstung statthat, seine Konzentration ändert und so unter Umstän-

den schädlich wirken kann, ist eine derartige Konzentrationsänderung beim Argentum aceticum nicht möglich und es verdient aus diesem Grunde den Vorzug vor dem Argentum nitricum. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 20, 1907.)

Wirkung des Dionins auf die nach Pannus trachomat. zurückbleibenden Kornealnarben. Von Dr. v. Arlt, Graz. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Vf. schickt voraus, daß er mit Dionin (Merck) viel bessere Erfolge erzielt, seit er es höchstens zweimal in der Woche und in einer Menge von zirka 0·005 g auf die Conj. palp. inf. einlege, dann sanft massiere. Die „Lymphüberschwemmung" tritt stärker auf und das Auge „gewöhnt" sich nicht so bald an das Mittel. In den von ihm aufgeführten Fällen kam Dionin erst nach Rückbildung des Pannus, bei fortgesetztem Gebrauche von Kuprozitrol zur Anwendung. Dionin wurde stets nachmittags eingelegt, Kuprozitrol nur am selben Abend ausgesetzt. Die Lymphüberschwemmung hielt meist 4—6 Stunden an; irgend welche nachteilige Folgen oder andauernde Schmerzen wurden nie beobachtet. Obgleich in den betreffenden Fällen neben Dionin noch Kuprozitrol angewendet wurde, glaubt Vf., daß letzteres, so günstig es auch auf Pannus selbst einwirkt, auf Narbengewebe keinen Einfluß hat, und daß die stetige und bedeutende Besserung der Sehschärfe in seinen veröffentlichten drei Fällen nur dem Dionin zugeschrieben werden muß. — (Wochenschrift f. Ther. u. Hyg. d. Auges, V. Jahrg., Nr. 46; Sep.-Abdr.)

Ueber eine erfolgreiche Behandlung von Tuberkulose des Auges mit Tuberkulin. Von Dr. Erdmann, Altona. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Es handelt sich um ein junges Mädchen, Mitte der Zwanzigerjahre, die seit Kindheit an Knochentuberkulose gelitten hat und noch leidet. Ein Fuß mußte amputiert werden. Das Mädchen kam im April 1906 in Behandlung des Vfs. wegen einer leichten Iridozyklitis. Trotz der gewöhnlichen Mittel wurde die Hornhaut angegriffen und es entwickelte sich eine tiefliegende Keratitis, so daß die Sehschärfe bis zum Sehen von Handbewegungen vor dem Auge sank; Vf. entschloß sich deshalb, eine Tuberkulinkur anzuwenden, weil die Wahrscheinlichkeit in diesem Falle für Tuberkulose sprach. Vf. benutzte das Neutuberkulin von Koch. Die Lösungen, welche sich nur zwei, höchstens drei Wochen hielten, hat Vf. nach einiger Uebung ohne große Mühe selbst gemacht. Anstatt des von den Höchster Farbwerken empfohlenen Glyzerins nahm Vf. zur Verdünnung physiologische Kochsalzlösung, die Vf. von der Tübinger Klinik angeraten war, zur Vermeidung von schmerzhaften Anschwellungen an den Injektionsstellen. Die Hauptsache bei Tuberkulinbehandlung ist:

1. der Beginn mit geringen Dosen,
2. vorsichtiges Ansteigen und
3. lange Dauer der Behandlung.

Vf. machte jeden zweiten Tag eine Injektion am Oberarm oder Rücken. Anfangsdosis $^{2}/_{1000}$ mg, jedesmal um $^{2}/_{1000}$ mg steigend. Bei $^{10}/_{1000}$ mg bekam Patientin Fieber und starkes Kopfweh, während am Auge eine lokale Reaktion einzusetzen begann. Die Hornhaut trübte sich noch mehr, es bildeten sich zentral neue knötchenförmige Trübungen, und in der vorderen Kammer bildete sich ein Exsudat. Vf. blieb deshalb mehreremale bei der Dosis von $^{10}/_{1000}$ mg stehen und mußte sogar, da die lokalen Erscheinungen zu bedrohlich wurden, auf $^{6}/_{1000}$ mg zurückgehen, um dann bei jeder Injektion um nur $^{1}/_{1000}$ mg zu steigen. Von $^{10}/_{1000}$ mg stieg Vf. jedesmal um $^{1}/_{100}$ mg, von $^{10}/_{100}$ mg um $^{1}/_{10}$ mg. Bei $^{4}/_{10}$ mg blieb Vf. stehen bis Anfang August. Von diesem Zeitpunkt an erhöhte Vf. die Dosis bis Ende der Behandlung am 9. September 1906 auf $^{8}/_{10}$ mg; höher ist Vf. nie gegangen.

Zirka drei Wochen nach Beginn der Tuberkulinbehandlung fing eine starke Vaskularisation der Hornhaut an einzusetzen. Allmählich ließen die entzündlichen Erscheinungen nach, das Auge wurde reizfrei, die Iris ließ sich leichter durch Atropin erweitern, das Exsudat in der vorderen Kammer verschwand und die brechenden Medien hellten sich lang-

sam, aber stetig auf, so daß Vf. am 24. August halbe Sehschärfe konstatieren konnte. Da bis 9. September die Sehschärfe nicht mehr stieg, hörte Vf. mit den Injektionen auf. Patientin bekam im ganzen 60 Injektionen. Mit Ausnahme von Atropin und dunkler Brille hat Vf. nichts angewandt, so daß der Erfolg rein auf das Tuberkulin bezogen werden darf. Interessant ist, daß Vf. bei diesem ziemlich schweren Fall von Tuberkulose des Auges mit einer Maximaldosis von nur $^4/_5$ mg ausgekommen ist. Das Allgemeinbefinden der Patientin wurde günstig beeinflußt. Bis Anfang März 1907 ist keine Veränderung eingetreten. Vor einem Rezidiv oder Erkrankung des anderen Auges ist man allerdings auch bei dieser Behandlungsart nicht geschützt. Vergleicht man die fast negativen Erfolge, die man früher bei schwerer Augentuberkulose gehabt hat, mit den heutigen, durch Neutuberkulin erzielten, so können auch die Augenärzte Prof. Koch nur dankbar sein. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 14, 1907.)

Chronisch eiterige Dakryozystitis und ihre radikale Behandlung. Von Dr. Freed Tooke, Montreal. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Nach einführenden ätiologischen und pathologischen Erörterungen bespricht Vf. die Behandlung der chronisch-eiterigen Dakryozystitis und zuletzt die Radikaloperation derselben unter Beigabe von im Zeitungsdruck undeutlichen Abbildungen. Er beschreibt die Methode von Axenfeld-Freiburg, an dessen Klinik er tätig war. Während früher die Operation „unpopulär“ geworden war wegen der das Operationsfeld überdeckenden Blutung, hat Axenfelds Verfahren die Operation viel leichter gemacht. Die Operation wird entweder in lokaler Anästhesie — einige Tropfen einer 4%igen Lösung von Kokain in 1‰iger Adrenalinlösung werden in das Gewebe rund um den Sack eingespritzt, 15 Minuten, bevor der Patient auf den Tisch gelegt wird, mit entsprechender Wiederholung — oder in allgemeiner Anästhesie, welcher der Vf. den Vorzug gibt, da die erstere nicht genügend wirke. Der erste Schnitt vom inneren Augenwinkel über dem inneren Band gegenüber der Crista lacrimalis muß nach abwärts und auswärts $2^1/_2$ cm und durch das Periost gehen. Ein kleinerer Schnitt aus kosmetischen Gründen hat keinen Zweck. Nach der ersten Inzision wird für 1—2 Minuten die digitale Kompression ausgeführt und dann Müllers kleines Spekulum eingeführt. Dann wird ein größeres Spekulum mit drehbaren und verstellbaren Enden, die mit schmalen scharfen Schiebern korrespondieren, eingesetzt, ein Instrument von Axenfeld, speziell für diese Operation erdacht; dasselbe hält die Wundecken senkrecht auseinander. Diese Spekula erfüllen zwei Zwecke: Sie bilden ein vierseitiges Operatiosnfeld und wirken durch Hintanhaltung der Blutung ausgezeichnet. Bloch-Freiburg wendet hiezu noch gestielte hölzerne Tupfer an. Dann wird das Periost sorgfältig vorgezogen über die Ecke der Crista lacrimalis und dann nach abwärts, soweit als der knöcherne Kanal den Nasengang umgibt. Dann wird der Sack durch ein paar Fixierzangen vorgezogen, während er unterhalb mit scharfen, kleinen krummen Scheren abgeschnitten wird. Als empfehlenswert bezeichnet Vf., wenn der Sack an einer Stelle abgetrennt ist, ein Tendotomiehäkchen unter ihn einzuführen. Nach Entfernung des Sackes wird der Nasengang mittels Kurette möglichst von seiner Schleimhaut entblößt. Dadurch kann man für ein paar Tage nach der Operation die Höhle drainagieren und wird für nachher eine vollständige Stenose durch Narbengewebe um den Nasengang erzeugt, so daß in der Folge eine Infektion von der Nase aus ausgeschlossen ist.

Nach Irrigation der Wunde werden die Ecken der Hautwunde mit Nähten geschlossen; der Verband (kleinfingerdicke Watte und Kompresse) soll dann drei Tage liegen bleiben. Die Vorteile dieses Verfahrens sind folgende: Die Operation ist nicht gefährlich, es ist nur eine sehr kleine Wunde notwendig; die Umgebung wird nur wenig gestört; sekundäre Komplikationen oder Verletzungen der Siebbeinzellen oder Bein-

hautentzündung ist nicht wahrscheinlich. Zum Schlusse bespricht Vf. noch die Tränensekretion nach der Operation. In dieser Beziehung haben 16 Fälle, auf die Vf. sich bezieht und die nach der Methode Axenfelds operiert wurden, ein vollständig befriedigendes Resultat ergeben. Wie sich die Tränendrüse den neuen Verhältnissen adaptiert, ist nicht klar. Axenfeld und Bietti haben bei ihren diesbezüglichen Untersuchungen keinen Beweis von degenerativer Veränderung derselben erbringen können. — (The Brit. Med. Journ., 22. Dez., 1906.)

Laryngologie und Rhinologie.

Pharyngo-Laryngoskopie. Von Prof. Dr. Gerber. Ref. Weil, Wien.

Unabhängig von Killian und von Eicken (s. dieses Zentralbl. H. 3, S. 137, 1907) ist es Vf. gelungen, den untersten, hinter dem Larynx gelegenen Teil des Pharynx der Besichtigung mittels des Kehlkopfspiegels zugänglich zu machen. Während v. Eicken mit einer Sonde in das Innere des Kehlkopfes eingeht, um ihn nach vorne zu ziehen, verwendet Vf. einen entsprechend verlängerten und gekrümmten gefensterten Zungenspatel, den er hinter den Larynx zwischen diesen und die hintere Rachenwand einführt. Am besten geht man in einem Sinus pyriformis nach unten und schiebt dann erst den Spatel gegen die Mitte; natürlich muß die ganze Region vorher ausgiebig kokainisiert werden. — (Arch. f. Laryng., Bd. 19, H. 2, 1907.)

Altes und Neues zur Nasentuberkulose. Von Dr. Georg Cohn. Ref. Weil, Wien.

Die Frage, ob der Lupus der Schleimhaut der oberen Luftwege auch primär vorkommt oder stets sekundär ist, sowie die seiner Identität mit Schleimhauttuberkulose, welche von zahlreichen Autoren angenommen wird, ist nicht nur von diagnostischer, sondern auch von therapeutischer Wichtigkeit. Vf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Unter den tuberkulösen Affektionen der Nasenhöhle ist zu unterscheiden: a) Lupus mit oder ohne Beteiligung der äußeren Nase in Form von Granulationen, auftretend im vorderen Nasenteile, zumeist am Septum, aber auch an den Muscheln und am Nasenboden bei sonst gesunden, oft blühenden, meist jugendlichen Personen, häufig unter dem Bilde des Exzema vestibuli und der Rhinitis sicca anterior. b) Tuberkulose, meist in Form von Ulzerationen, eventuell mit Infiltrationen, Tumoren und Granulationen kombiniert; fast immer sekundär bei hochgradig tuberkulösen dekrepiden Personen mit weit vorgeschrittener Tuberkulose der Lungen, des Kehlkopfes und oft auch des Rachens. 2. Der äußere Nasenlupus geht meist von dem vorderen Winkel des Nasenloches aus; dieser beginnende Lupus ist oft nur durch Rhinendoskopie festzustellen. (Besonders wichtig! Ref.) 3. Der primäre Lupus der Nasenschleimhaut kann monate- und jahrelang ganz isoliert, ohne eine sonstige tuberkulöse Erkrankung des Individuums bestehen. — (Arch. f. Lar., Bd. 19, H. 2, 1907.)

Bemerkungen über die Anwendung der Saugtherapie bei Naseneiterungen. Von Dr. Moriz Weil. Ref. Weil, Wien.

Vf. gibt zunächst eine Uebersicht über die bisherigen Arbeiten, welche sich mit der therapeutischen Anwendung der passiven Hyperämie im Bereiche des Halses und der Nase befassen, wobei die Angabe interessant ist, daß die Kaffern im Kaplande den an Schnupfen erkrankten Kindern das Sekret mit dem Munde aus der Nase saugen. Vf. hat schon früher seinen Bedenken gegen die Ausführungen der Autoren, welche vielfach die Gesetze der Physik völlig außer acht lassen, und gegen die kritiklose Anwendung der Saugbehandlung bei Naseneiterungen Ausdruck gegeben (s. dieses Zentralbl., Nr. 1, S. 35, 1906) und hat nun, um die betreffenden Vorgänge klar demonstrieren zu können, ein Glasmodell anfertigen lassen, welches Stirn-, Kiefer-, Nasenhöhle und eine Siebbeinzelle darstellt; dünner Stärkekleister, der mit etwas Jodtinktur bläulich gefärbt ist,

stellt den Eiter vor. Hier kann man nun ganz genau sehen, wie beim Saugen in Intervallen nach und nach Luft an Stelle der Flüssigkeit nach oben tritt, während die unterhalb des Niveaus der Ostien befindliche Flüssigkeit absolut unbeweglich bleibt, wie aber auch ein Teil der abgesaugten Flüssigkeit oft mit Vehemenz in andere, bloß Luft enthaltende (in vivo: gesunde) Höhlen geschleudert wird. Auch die Rolle, welche die in ihrem Volumen veränderliche Mukosa bei der Saugung spielt, wird klargelegt.

Für besonders gefährdet hält Vf. das Mittelohr. Daß bisher über Otitiden im Gefolge der Saugtherapie kaum etwas berichtet wurde, führt Vf. auf verschiedene Gründe zurück, hauptsächlich auf die Unvollkommenheit der ersten Apparate. Je kräftiger und vollkommener aber diese werden, umso größer scheint dem Vf. die Gefahr der Infektion bisher gesunder Nebenhöhlen und speziell des Mittelohres zu sein, und da der Nutzen dieser Behandlungsmethode selbst nach den bisherigen Berichten als ein durchaus problematischer bezeichnet werden muß, möchte Vf. höchstens eine vorsichtige Anwendung der Luftverdünnung zu diagnostischen Zwecken, zum Nachweise geringer, verborgener Sekretmengen als zulässig erachten, vor ihrer therapeutischen Anwendung bei Naseneiterungen (namentlich bei akuten) aber eindringlich warnen. — (Wien. med. Wochenschrift, Nr. 26—28, 1907.)

Zur Nachbehandlung der aufgemeißelten Kieferhöhle bei chronischer Sinuitis. Von Prof. F. Kretschmann. Ref. Weil, Wien.

Vf. empfiehlt, nach weiter Eröffnung der Kieferhöhle (er legt eine große Oeffnung in der fazialen und nasalen Wand an) die Schleimhaut nicht auszukratzen. Zunächst wird nur locker tamponiert; polypöse Exkreszenzen werden mit der Schlinge abgetragen, Leisten mit der scharfen Zange abgekneipt, Ulzerationen oder kleinere Exkreszenzen mit Arg. nitric. in Substanz geätzt, Zysten gespalten. Später folgen nur Pinselungen mit 2—3% Lapislösungen; die täglichen Ausspülungen nimmt der Patient einfach mit dem Munde vor. Nach 4—5 Wochen ist die Schleimhaut abgeblaßt und so weit abgeschwollen, daß sie sich mit der Sonde nicht mehr eindrücken läßt; die Sekretion ist nicht mehr nachweisbar.

Das erste (ödematöse) Stadium der chronischen Sinuitis — bei unversehrtem Epithel — entspricht dem, was man z. B. bei heftiger Entzündung der Konjunktiva beobachtet; es wird aber niemandem einfallen, wegen der Bildung ödematöser Wülste die Konjunktiva zu extirpieren. Im zweiten (fibrösen) Stadium tritt Narbenbildung ein; aber an Stelle der entfernten Schleimhaut bildet sich ja ebenfalls Narbengewebe. Das Prinzip des Vfs. beruht also auf einer konsequenten Erhaltung der auskleidenden Schleimhaut und auf einer allmählichen Sanierung derselben, und zwar unter ständiger Kontrolle der Heilungsvorgänge von der großen bukkalen Oeffnung aus. [Referent, der seit Jahren gegen die kritiklosen Radikaloperationen kämpft, begrüßt diese Ausführungen mit Genugtuung; denn aus ihnen folgt mit logischer Konsequenz, daß man zunächst versuchen dürfe und müsse, die allmähliche Sanierung der Schleimhaut auch ohne direkte Kontrolle des Auges zu erzielen, d. h. mit Ausdauer konservativ zu behandeln.] — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 26, 1907.)

Geburtshilfe.

Ueber Plazentarlösung. Von A. Hofmeier, Würzburg. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. bespricht in einem klinischen Vortrage in höchst anschaulicher Weise die normalen und pathologischen Vorgänge bei der Plazentarlösung. Er warnt wie Ahlfeld vor dem kritiklosen Auspressen der Plazenta durch den Credéschen Handgriff gleich nach dem Austritt des Kindes. Nach Geburt des Kindes ist unter sorgfältiger Beobachtung die Nachgeburtsperiode absolut zuwartend zu behandeln. Unter wiederholter Kontrolle des Standes des Fundus uteri durch die

Hand soll man einfach beobachten und warten. Das Auftreten von Nachwehen, geringer Blutabgang, mäßiges Emporsteigen des Uterus unter gleichzeitiger Verschmälerung und unter Hartwerden, das allmähliche Vorrücken der Nabelschnur deuten die Lösung der Plazenta an. Tritt eine teilweise Lösung der Plazenta auf, die sich durch Blutung kundgibt, so wird eine Expression nach Credé in der Regel zum Ziele führen. Zur Kontrolle des Blutverlustes empfiehlt H., der Entbundenen gleich nach der Geburt eine saubere Schüssel unterzuschieben, um hiedurch die gesamte Blutmenge auffangen und einigermaßen bestimmen zu können. Ein Blutverlust von zirka 1 l ist niemals mehr als ein gleichgiltiges Ereignis zu betrachten, jedenfalls aber ist manuell einzuschreiten, sobald der Blutverlust diese Menge nennenswert übertrifft. Der manuellen Lösung hat ein erneuter Expressionsversuch eventuell in Narkose vorauszugehen. Unter 9000 Geburten sah sich Vf. 67mal = 0·78% veranlaßt, die manuelle Plazentarlösung auszuführen. Vor diesem Eingriffe exakte Desinfektion vonseiten des Arztes wie der Entbundenen selbst. Gründliche Abseifung und Ausseifung der Scheide mit nachfolgender Auswaschung mit Lysol oder Lysoform; Sublimatlösungen sind für diesen Zweck gefährlich. Für den Arzt ist der Gebrauch der Handschuhe empfehlenswert, die er in der Praxis stets mit sich führen sollte. Von den 67 Frauen ist keine, sofern nicht anderweitige schwere Komplikationen vorlagen, gestorben oder nennenswert erkrankt. Im ganzen sind sechs Frauen gestorben, eine am Embolie am 27. Tage post partum, eine zweite an Putrescentia uteri, die bereits vor der Entbindung bestand, eine dritte an Eklampsie, eine vierte an einer Uterusverletzung, die intra partum entstanden war, eine fünfte an Anämie (Placenta praevia), die sechste infolge Thrombophlebitis. Die Ursachen der Plazentarverhaltung sind: Sitz der Plazenta im Uterushorn, mangelhafte Kontraktion der Uteruswand, abnorme und feste Verwachsungen mit der Uteruswand, bedingt durch Atrophie der Decidua basalis oder durch Eindringen der Zotten in die Uterussubstanz. In solchen Fällen gelingt es nicht, die Plazenta als ganzes herauszubefördern, da es unmöglich ist, die bindegewebigen Stränge zwischen Uteruswand und Plazenta zu trennen. Es gelingt dann nur, die Plazenta stückweise zu entfernen, ein Umstand, der die Beurteilung der Vollständigkeit des Mutterkuchens sehr erschwert, ja oft unmöglich macht. Mit desinfizierenden Ausspülungen des Uterus nach Entfernung der Plazenta muß man wegen der Gefahr der Resorption recht vorsichtig sein. Auch bei ganz glattem Verlaufe der Plazentarperiode kann es oft recht schwierig sein, für die Vollkommenheit oder Unvollkommenheit der Plazenta zu garantieren. Ein kleiner Kotyledon oder eine kleine Nebenplazenta kann zurückgeblieben sein, ohne daß auch eine aufmerksame Untersuchung der Plazenta dies mit Sicherheit feststellen könnte. Im Zweifelsfalle soll man bei dauernder Blutung eine Austastung des Uterus vornehmen. Um Retention von Eihäuten zu verhüten, empfiehlt es sich, bei der Entfernung der Plazenta die Eihäute vorsichtig aufzudrehen oder die Plazenta durch ihr eigenes Gewicht wirken zu lassen, oder vorsichtig mit Watte oder mit breit fassenden Klemmen die erreichbaren Teile der glatten Eihäute zu fassen und möglichst soviel von ihnen zu entfernen, wie sich irgendwie entfernen läßt. Bei der manuellen Entfernung der Eihäute versagt der Gebrauch von Gummihandschuhen vollkommen. Das Zurückbleiben von Chorionresten und selbst des ganzen Chorion ist ein ziemlich gleichgiltiges Ereignis. Nur bei sofort stark auftretenden Blutungen ist ein intrauteriner Eingriff gerechtfertigt. Die Ausstoßung der Eihautreste ist durch reichliche Sekalegaben zu fördern, der stärkere Lochialfluß durch mehrfache Ausspülungen der Scheide mit leicht antiseptischen Flüssigkeiten zu beseitigen. Unter 6200 Geburten beobachtete Vf. 56mal ein teilweises oder vollständiges Zurückbleiben des Chorions. Während 43mal das Wochenbett völlig normal verlief, trat 13mal eine Temperatursteigerung auf. Löst sich die Plazenta nicht und tritt dabei keine Blutung auf, so empfiehlt Vf.

in der Praxis nicht länger als 3—4 Stunden mit der manuellen Lösung zu warten. (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 12, 1907.)

Zur Bedeutung der Eihautretention und ihrer Behandlung. Von Dr. Bollenhagen, Würzburg. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. führt zuerst die Ansicht Schneider-Geigers an, welcher die teilweise Retention der Sekundinae für geringfügig hält und die retinierten Teile keineswegs prophylaktisch entfernt wissen will. Später auftretende Komplikationen bekämpft er mit Sekale und Ausspülungen. Rißmann will die retinierten Eihäute mit breiter Kornzange entfernt wissen, von welchem Verfahren er nur Nutzen und nie Schaden sah. Der Vf. selbst führt sieben Fälle an, bei welch sämtlichen er die Eihäute entfernte, jedoch nicht mit der Kornzange, sondern mit dem desinfizierten Finger, schon aus dem Grunde, weil „man sonst nie weiß, ob alles entfernt ist". Er kommt zu dem Schlusse, daß es gänzlich untunlich sei, die Retention von Eihautresten als quantité négligeable zu betrachten. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 5, 1907.)

Die Einteilung des engen Beckens und die Prognose der einzelnen Formen. Von Dr. Baisch, Tübingen. Ref. G. Wiener, München.

Nach der Litzmann-Zweifelschen Einteilung der engen Becken nach Graden ergeben sich innerhalb ein und desselben Grades für das allgemein verengte Becken durchgehends mehr Spontangeburten, als für das platte, und zwar um 25%.

Nach des Vfs. Untersuchungen ist nicht die Form des Beckens, sondern der Grad der Beckenverengerung für die Prognose der Geburt ausschlaggebend. Entgegen der traditionellen Anschauung von der Ungunst des allgemein verengten Beckens ist dieses im Gegenteil günstiger zu prognostizieren als das platte. Dies bestätigt sich noch weiter dadurch, daß auch die Mortalität der Kinder beim allgemein verengten Becken eine niedrigere ist, als beim platten. Auch hinsichtlich der Geburtsdauer ist kein nennenswerter Unterschied. Die Ursache der günstigeren Prognose liegt zweifellos darin, daß die Kinder beim allgemein verengten Becken kleiner sind, wie beim platten. Vf. rechnet zum ersten Grad alle engen Becken ohne scharfe obere Grenze bis herab zu 8·0 cj. vera, zum zweiten Grad bis 7·0 und zum dritten bis 5·0. Unter fünf liegt das Gebiet der absoluten Beckenverengerung. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 10, 1907.)

Experimentelle Versuche zur parathyreoidealen Insuffizienz in Bezug auf Eklampsie und Tetanie, mit besonderer Berücksichtigung der antitoxischen Funktion der Parathyreoideae. Von Viktor Frommer. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die Tierversuche Frommers ergaben, daß bei nicht trächtigen Kaninchen eine partielle Insuffizienz der Nebenschilddrüsen (durch Exstirpation) weder tetanische Anfälle noch sonstige bedrohliche Störungen hervorrief. Einverleibung menschlicher Plazenta bewirkte jedoch beim parathyreoidektomierten Kaninchen letale Tetanie. Eine trächtige Hündin zeigte krampfartige Zufälle von ausgesprochen tetanischem Charakter. Die Exstirpation sämtlicher Nebenschilddrüsen führte bei einem Kaninchen den Tod innerhalb 11 Tagen herbei; die komplette Thyreo-Parathyreoidektomie erzeugte unter akuten Symptomen eine letale Tetanie. Frommer glaubt sich nach diesen Ergebnissen berechtigt, den Parathyreoideae eine nicht unwesentliche antitoxische Funktion zuzuschreiben. — Daß die Implantation der normalen Plazenta oft ganz spurlos für das Gleichgewicht des tierischen Körpers vorübergeht, ist wohl der antitoxischen Wirkung anderer Organe, vielleicht hauptsächlich der Nebenschilddrüsen, zuzuschreiben; bei gleichzeitiger partieller Insuffizienz derselben verursacht Implantation der Plazenta bedeutende Störungen in dem Organismus. Einen sicheren Zusammenhang zwischen Parathyreoidinsuffizienz und Eklampsie der Schwangeren, wie ihn Vassale annimmt, hält Frommer auf Grund seiner Untersuchungen für noch nicht erwiesen. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., H. 6, 1906.)

Aus der geburtshilflichen Landpraxis. Von Dr. Miller, Stadtsteinach. Ref. G. Wiener, München.

Bei verschleppter Querlage, wenn das Fruchtwasser bereits längere Zeit abgeflossen, die kindliche Schulter durch die Wehentätigkeit tiefer gedrückt und ein eventuell vorgehaltener Arm hochgradig angeschwollen ist und so das Lumen der Vagina verlegt, hat der Vf. bei folgendem Verfahren gute Erfolge gesehen: Er geht mit der einen Hand in die Vagina ein, hebt den vorgefallenen Arm möglichst nach oben und lüftet durch kräftigen Druck mit den Fingern den kindlichen Körper. Während dieses Lüftens mit der einen Hand wird gleichzeitig die zweite Hand — Handfläche gegen Handfläche — in die Vagina eingeführt. Dieser Eingriff, den man als bimanuelle innere Wendung bezeichnen kann, sei besonders Kollegen zu empfehlen, die auf dem Lande sich nur schwer Assistenz verschaffen können. Voraussetzung für den Erfolg sei allerdings, daß der kindliche Körper nicht zu fest eingekeilt ist, und ziemlich weite Genitalien vorhanden sind. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 7, 1907.)

Sollen die Landhebammen mit Gummihandschuhen ausgerüstet werden? Von Medizinalrat Walther, Ettenheim. Ref. G. Wiener, München.

Das Einkommen der Landhebammen ist durchschnittlich gering, und die Frauen sind genötigt, durch Händearbeit dasselbe zu vermehren. Sie haben daher fast durchweg schwielige Hände und infolgedessen ohnedies ein abgestumpftes Gefühl. Bringen sie nun über diese Hände Gummihandschuhe, so wird die Digitaluntersuchung noch mehr erschwert; die Hebammen fangen an, in den Genitalien zu bohren, verletzen womöglich die Gebärende, sicher aber ihre Handschuhe. Die erfolgreiche Benützung der letzteren setzt ihre genaue Desinfektion, sowie die der Hände voraus; es wären also zwei umständliche Maßnahmen zu treffen. Wer die Landhebammen kennt, wird wohl die Ueberzeugung teilen, daß die Hände dann im Vertrauen auf die Handschuhe lässig gereinigt und die Handschuhe selbst ungenügend desinfiziert werden. Wer sollte ferner die Kosten tragen? Die Gemeinden oder die Gebärenden? Der Vf. ist der Ansicht, je kleiner die Zahl der Gerätschaften der Hebammen ist, desto besser ist es, und kommt zu dem Schluß, daß die Einführung der Gummihandschuhe in der Landpraxis als unnötig, teuer und gefährlich zu widerraten sei. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 6, 1907.)

Dermatologie.

Ueber Blaseneruptionen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Von Prof. Dr. Hermann Schlesinger. Ref. Nobl, Wien.

Eine 63jährige Frau, die vor zwei Jahren an Herpes zoster gelitten, zeigt im Anschlusse an eine linksseitige, mit Sensibilitätsstörungen und vasomotorischen Anomalien auf der gelähmten Seite einhergehende Körperlähmung mächtige Blasenausbrüche mit halbseitiger, auf die paretische Seite beschränkter Lokalisation. Nach mehrwöchentlicher Rezidive abklingende Pigmentresiduen. Als disponierend wird vom Vf. die starke seröse Durchtränkung der Haut und des Unterhautzellgewebes auf der gelähmten Seite und die Störung der Zirkulation in diesem Gebiete angenommen. Die hiedurch bedingte verringerte Resistenz der Decke soll in Gemeinschaft mit Staphylokokkeninfektion die Oberhautabhebung bedingt haben. Ob im Sinne von Nikolsky unter trophischem Einfluß eine Lockerung der Hautschichten zustande gekommen, ist weiterhin der Erwägung wert. Im Vergleich zu diesem seltenen Vorkommnis weisen Spinalerkrankungen ein häufigeres Begleitetsein von Blasenausbrüchen auf. Sensibilitätsdefekte, Muskelatrophien etc. gehen mit regionär rezidivierenden bullösen Phänomenen einher. Am häufigsten ist die Erscheinung, wie dies nach den Untersuchungen Vfs. bekannt, bei Syringomyelie anzutreffen. (Hände, Arme, Brust.) Schmerzlosigkeit der Blasen, Fehlen der Verallgemeinerung trotz häufiger Rezidiven sprechen zwingend für die Kausalität zwischen der Nervenstörung und Hautläsion. Vfs. Gegenstel-

lung der Blaseneruptionen bei Erkrankungen des Zentralnervensystems zum Pemphigus kann vom dermatologischen Standpunkt nur zustimmend aufgenommen werden, indem für den als idiopathisch zu betrachtenden Pemphigus nur dürftige Anklänge die neurotische Abstammung vermuten lassen. Als Charaktere der bullösen Begleiterscheinung nervöser Zentralerkrankungen möchte Vf. das lokalisierte Auftreten der Blasen, oft im Gebiete von Sensibilitätsstörungen, ihre spärliche Zahl, sowie den günstigen Verlauf hinstellen. „Nikolsky" meist fehlend. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 27, 1907.)

Ueber Leukoplaquia (Leukokeratosis) penis. Von Dr. A. Kraus. Ref. Nobl, Wien.

Mit diesem Namen belegt Vf. einen Fall der Prager Klinik, der eine Anomalie darbietet, die unseres Erachtens häufiger beobachtet als beschrieben wird. Schwer reponibles Präputium, schwielige, mit fettigen Auflagerungen versehene Umwandlung der inneren Vorhautlamelle. Violett verfärbte atrophische Beschaffenheit der Glandaroberfläche wären als Haupteigenheiten der Veränderung festzuhalten. Im Gewebsbefund zeigt sich Hyperkeratose, Verbreiterung des Rete, Pigmentschwund der Basalzellen, oberflächliches Papillarinfiltrat. In Parallele stellt K. den Befund zu den geläufigen Formen der Leukoplaquie und jenem eigenartigen, mit Pruritus einhergehenden Prozeß der äußeren weiblichen Genitalien, den Breisky mit dem Namen der Kraurosis vulvae ausgewiesen hat. Hier wie dort handelt es sich um harte, schwielige Metaplasien, Deckschichten mit Einschaltung weißlich verfärbter hornartiger, pigmentloser Plaques. Wobei allerdings die exquisite Tendenz der Läsionen bei der Kraurosis vulvae zur Schrumpfung (Schwund der Labien, Retraktion der hinteren Komissur) nicht im gleichen Maße bei den anderen selbständigen Leukokeratosen (Mundhöhle, Urethralschleimhaut, Uterus, Vagina) vorzuliegen pflegt. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 86, H. 1 u. 2.)

Zur Kasuistik der Sklerodermie. Von Dr. F. Schmidt. Ref. Nobl, Wien.

Der Beitrag bezieht sich auf einen 36jährigen Mann, dessen Zustand mit Gelenkschmerzen in den Knien, Hüften, Schultern und Ellbogen anfing und bald zu Straffheit und Härte der Bauchhaut führte. Bei der Aufnahme auf die Würzburger Klinik war maskenartig starrer Gesichtsausdruck, diffuse Verhärtung der Haut mit den sonstigen geläufigen Begleiterscheinungen der Sklerodermie im Bereiche des Gesichtes am Stamm und den Extremitäten festzustellen. Als Eigenart des Falles wird eine besondere Verteilung, respektive Schwund des Pigments geltend gemacht. Die Hände und Dorsalflächen der Vorderarme sind dunkel verfärbt, wobei weiße pigmentlose Inseln eingesperrt erscheinen. Thiosinamin, Thyreoidin, Jodipin ohne deutliche Wirkung. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 86, H. 1 u. 2.)

Die Blastomyzeten und ihre Beziehung zu Hautkrankheiten. Von Dr. E. J. Marzinowski und Dr. S. L. Bogrow. Ref. Nobl, Wien.

Das Vorkommen der Blastomyzeten auf gesunder und kranker Haut, namentlich an reichen Talgabsonderungsstätten, halten die Autoren für eine gewöhnliche Erscheinung. Aus dem meist saprophytischen Vegetieren der Keime kann unter Umständen bei Vergrößerung der Widerstandsfähigkeit derselben ein pathogenes Vermögen resultieren. Als die klinischen Anfangsstadien der Hautblastomykose sollen akneiforme Ausbrüche gelten, die sich auf perifollikuläre Entzündung beschränken. Zwei (24jährige und 25jährige) Frauen bieten wiederholte akneiforme, vesiko-papulöse Schübe zerstreut an verschiedenen Körperstellen. Eine Kranke bot paratyphöse Allgemeinsymptome dar. Abszeßbildung in der Mandibulargegend. Blastomyzeten im Abszeß und in den Hautblüten. Im zweiten Falle lokalisieren sich die Knötchen besonders im Gesicht bei einer wegen tuberkulöser Koxitis operierten und im Anschluß an den Eingriff fiebernden Kranken. Auch hier reichlich Blastomyzeten. Diese stehen gruppenweise gesammelt in den Haar-

scheiden und Talgdrüsenausführungsgängen. Die Züchtung gelang auf einer Mischung des Lanolins mit Zuckeragar und auf Möhrestückchen, die mit Lanolin bestrichen waren. Der Wuchs der Kulturen zeigte den gewöhnlichen Charakter der Hefe. Die Virulenz wurde an peritoneal geimpften Mäusen erprobt, die nach 11—12 Tagen eingingen. Die Tiere zeigten hyperplastische Hautlymphdrüsen, Rundzellinfiltrate an den Einstichstellen. Blastomyzeten waren nicht in allen pathologischen Gewebsprodukten, hauptsächlich nur in den um die Einstichstelle formierten Granulomen aufzufinden. Die gleichen Keimformen waren auch aus zwei Fällen von Seborrhöe der Kopfhaut zu züchten. Die pathogene Bedeutung der als Blastomyzeten angesprochenen Hefezellen kann nur wenig imponieren, wenn man aus der bisherigen Statistik der als Hauptblastomykose angesprochenen Wahrnehmungen die Züchtungsergebnisse herausliest. In 56 klinisch für zugehörig gehaltenen Fällen wurde 45mal die Kultur herangezogen, davon 16mal mit Mißerfolg. Die Aussaat in den 29 positiven Fällen bezog sich dreimal zweifellos auf Hefe (Busse-Buschke, Curtis, Heßler), 17mal gingen Schimmelpilze und Oidiumarten an, achtmal keimten von Verunreinigungen durchsetzte Vegetationen, in 21 Fällen vorgenommene Tierimpfungen sollen elfmal für die pathogene Natur der Zucht gesprochen haben.

Was das Vorkommen von Hefepilzen unter normalen Bedingungen betrifft, so konnten Vf. dieselben im Talg der Kopfhaut und Nase, in Komedonen, Akne, in Milien, im Ulcus molle etc., nachweisen. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 86, H. 1 u. 2.)

Ein Fall von benignem Miliarlupoid. Von Dr. M. Opificius. Ref. Nobl, Wien.

An Stirn, Wangen, an den oberen Extremitäten und am Rücken weist ein 25jähriges Mädchen größere und kleinere, die ganze Kutis durchsetzende Knoten auf. Auf einer Anzahl Tumoren sitzen kleinste bräunliche Knötchen zu Haufen angeordnet. Die Knötchen setzen sich aus scharf begrenzten Zellherden zusammen, die von einem bindegewebigen Gerüst umschichtet werden. Tuberkulinreaktion positiv. Ueberimpfung auf Meerschweinchen und Kaninchen störte die Gesundheit der Tiere nicht im geringsten. Aus den angeführten Kriterien wird die Zugehörigkeit der Wahrnehmung zu dem multiplen benignen Sarkoid C. Boeck abgeleitet. Eine Krankheitsgruppe, die bekanntlich von Darrier auf Grund der Struktur mikroskopischer Präparate als „Lupoïde disseminée“ den Tuberkuliden zugerechnet wird. Neuerdings ist auch Boeck geneigt, die Affektion für eine sehr eigentümliche Form von gutartiger, abgeschwächter Tuberkulose anzusehen, nachdem er bei einer Kranken in der gleichzeitig infiltrierten Nasenschleimhaut einen dem Tuberkelbazillus ähnlichen Keim nachzuweisen in der Lage war. Daher der neuere Vorschlag, den Prozeß mit der Bezeichnung „benignes Miliarlupoid“ zu belegen. Abweichend von dem Boeckschen Typus, reagiert der Fall von Vf. nur dürftig auf große Arsendosen. Da der Prozeß keine Neigung zu Zerfall zeigt und Drüsentumoren fehlen, so ist die Annahme der besonderen Gutartigkeit zulässig, wenn auch für die tuberkulöse Aetiologie keine zwingenden Hinweise zu Gebote stehen. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 86, H. 1 u. 2.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Leukoplasie. Ref. E. Spitzer, Wien.

1. **Die Leukoplasie und deren Behandlung.** Von A. Levy-Bing, Paris. (XV. Congrès International de Médecine, Lissabonne 1906.)
2. **Die Leukoplasie.** Von Milian, Paris. (XV. Congrès International de Médecine, Lissabone 1906.)
3. **Zur Frage der Natur und Behandlung der Leukoplasie der Schleimhäute.** Von C. Kopp, München. (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 84, 1907.)

Seitdem man des öfteren gesehen hat, daß jahrelang bestandene Leukoplakien der Mundhöhle sich plötzlich in Karzinome umwandeln können, wurde der Aetiologie, der Prophylaxe und Therapie

dieser Ceratosis mucosae oris et linguae erhöhte Bedeutung beigemessen.

Unter Leukoplasie oder Leukokeratose versteht man die sich sehr langsam entwickelnden weißen sklerosierten Plaques von mehr oder minder großer Ausdehnung, die ihren Sitz an der Schleimhaut oder an derem Uebergange in die äußere Haut haben. Meist an der Mundschleimhaut sitzend, ist es keine Seltenheit, sie an der vulvovaginalen und anorektalen Schleimhaut oder an den Blättern des Präputiums zu finden. In der Regel verursachen diese Leukoplakien keine Beschwerden, doch sind sie bisweilen der Anlaß von juckenden und brennenden Schmerzen, die sich bei der Nahrungsaufnahme bemerkbar machen.

Die Entstehungsursache der Leukoplakien kann eine verschiedene sein. Klinisch sind genau zu unterscheiden die Leukoplakien bei Lichen ruber planus, bei Hydroa lingualis, bei Lupus erythematodes, bei Keratodermie symétrique congénital (Gaucher und Milian) und schließlich bei Syphilis in den verschiedenen Stadien. Daneben wären noch als idiopathische jene Leukoplakien anzuführen, die auf Psoriasis, Tabak- und anderen mechanischen Reizungen beruhen, und die dyspeptische Glossitis von Brocq.

Unter allen Leukoplakien nimmt die auf Syphilis basierende die weitaus größte Zahl der Fälle ein. Milian fand, daß sich 85% aller Leukoplakien auf Syphilis zurückführen lassen. Die Leukoplasie nimmt da die Prädilektionsstellen der Syphilis in der Mundhöhle ein, den vorderen Teil der Zungenoberfläche, die Zungenränder und -Spitze, die Schleimhaut der Wangen und der Lippen, besonders in der Nähe der Mundwinkel. Findet man Leukoplakien bei Personen, die in der Anamnese keine Lues angeben, so betrifft es meist Fälle, wo die Syphilis übersehen wurde oder wo sie konzeptionellen oder hereditären Ursprunges ist.

Was den Zusammenhang der Leukoplakie mit Epitheliom anbelangt, so kann die Leukoplakie von Anfang an epitheliomatösen Charakter haben, oder es entwickelt sich erst nach Jahren auf dem Boden der Leukoplakie das Epitheliom. Milian bezeichnet die Leukoplakie als ein Bindeglied zwischen Syphilis und Epitheliom. Unter dem Einflusse der Syphilis bildet sich auf verschiedene Reizungen (Tabak, Alkohol, Zahnkaries) hin die Leukoplakie, und diese wieder kann durch eben dieselben Irritationen karzinomatösen Charakter annehmen.

Der Aetiologie der Leukoplasie entsprechend richtet sich auch unsere Therapie.

Das Epitheliom, die Hydroa buccalis, der Lichen ruber planus haben jedes einzeln seine entsprechende Behandlung. Der übrig bleibende Teil von mehr als 80% aller Leukoplakien, der auf Syphilis zurückzuführen ist, muß auch antisyphilitisch behandelt werden. Der mit Leukoplakie behaftete Patient muß sich jeder Reizung der Mundschleimhaut, wie durch Alkohol, Tabak, Gewürze etc. aufs strengste enthalten; die Zahnpflege muß genauest durchgeführt, kariöse Wurzeln entfernt werden. Die lokale Behandlung der Leukoplakie und etwaiger Ulzerationen, mit welchen der vielen Mittel sie vorgenommen werden mag, darf keine zu intensive, irritative sein, da sie sonst nur die Entwicklung eines Epithelioms begünstigen könnte. Zum Tuschieren der Plaques wird Milchsäure, Extractum myrtilli, 30%ige Chromsäurelösung, Wasserstoffsuperoxyd, Argentum nitricum, Perubalsam, Lugolsche Lösung und Papayotin verwendet. Sehr resistente Herde werden mit Thermo- und Galvanokauter behandelt. Ist die Leukoplakie bereits auf Umwandlung in eine Neubildung verdächtig, so wurde von Perrin Dekortikation der Schleimhaut empfohlen. Auch mit Röntgen-Strahlen wurden in den letzten Jahren Versuche gemacht, ohne jedoch viel Erfolg davon zu sehen. Die große Zahl der empfohlenen Mittel beweist die Unzulänglichkeit der einzelnen.

Levy-Bing und Milian ist es nun gelungen, durch lange Zeit fortgesetzte intermittierende antiluetische Behandlung mit unlöslichen Quecksilbersalzen (graues Oel, Kalomel) selbst alte und ausgedehnte Leukoplakien zur Hei-

lung zu bringen oder in sehr hartnäckigen Fällen wenigstens die maligne Umwandlung zu verhüten.

Sie geben 2—3 Jahre hindurch je sechs Injektionen — eine wöchentlich — durch eine Pause von vier Wochen getrennt.

Quecksilberpillen und alle per os eingeführten Quecksilberpräparate sind für die Behandlung der Leukoplakie unzulänglich. Einreibungen mit grauer Salbe sind wohl wirksam, doch stößt der mehrere Jahre fortgesetzte Gebrauch in praxi auf Schwierigkeiten.

Jodkali hat nach Levy-Bing und Gaucher keine beeinflussende Wirkung der Leukoplakie.

Die beste Behandlung wird die sein, welche die Bildung der Leukoplakie verhindern wird. Das genaueste Augenmerk wird auf die gründliche Ausheilung der Schleimhautsyphilis der Mundhöhle durch Quecksilberbehandlung zu legen sein, ehe es zur Sklerosierung der Plaques kommt.

Arsenbehandlung der Syphilis. Ref. E. Spitzer, Wien.

1. Atoxyl bei Syphilis. Von O. Lassar, Berlin.

2. Ueber die Behandlung mit Anilarsinat de soude nach M. Paul Salmon. Von H. Hallopeau, Paris.

Nachdem das Atoxyl bei der Behandlung der Schlafkrankheit mit Erfolg zur Zerstörung der Trypanosomen benützt wurde, kam Lassar auf den Gedanken, dasselbe zur Bekämpfung der in der Struktur ähnlichen Spirochaeta pallida anzuwenden.*) Lassar arbeitete zuerst bei der Behandlung der Syphilis mit Atoxyl mit zu geringen Dosen. Paul Salmon versuchte im Institut Pasteur im Laboratorium Metchnikoffs mit viel größeren Dosen gegen die Spirochäte anzukämpfen, da er erkannt hatte, daß das Treponema pallidum viel resistenter sei, als die Trypanosomen. Er injizierte 0·5—1·0 jeden zweiten Tag 2—3 Wochen hindurch. Ueber den günstigen Erfolg äußerte er sich folgendermaßen: „Die günstige Wirkung zeigt sich in allen Perioden der Syphilis. Das Medikament wird rasch aufgenommen und wirkt schnell; die Papeln flachen nach drei Tagen ab, die Ulzerationen vernarben sich, die Gummen resorbieren sich in kurzer Zeit, die Schmerzen verschwinden.“ Die injizierte Menge stieg in 21 Tagen bis auf 6·3 g. Die Fälle, in denen das Medikament nicht vertragen wurde, charakterisiert durch Uebelkeit, Erbrechen und Koliken, waren selten, und diese vorübergehenden Störungen sistierten nach wenigen Stunden auf den Gebrauch von Opium.

Nach Lassar ist nicht die Größe der Arzneigabe an sich maßgebend, sondern das Schicksal, welches sie im Organismus erleidet, wahrscheinlich abhängig von der größeren oder geringeren Alkaleszenz des Blutes. Dazu kommt noch die stark kumulative Wirkung. In den mit Atoxyl bereits behandelten Fällen konnte Lassar noch Spirochäten nachweisen; beinahe schien sich die Tinktionsfähigkeit gehoben zu haben, was möglicherweise auf das intra vitam eingeführte Anilin des Präparats zurückzuführen ist. Lassar wagte infolge der bedrohlichen Vergiftungserscheinungen nicht, die von Salmon probierten hohen Dosen anzuwenden und blieb bei 0·5 g Atoxyl in 10%iger Lösung dreimal wöchentlich. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 22, 1907.)

Hallopeau hat nun zur Nachprüfung der berichteten günstigen Resultate im Hôpital St. Louis in Paris 72 Fälle von Syphilis der Atoxylbehandlung zugeführt. Er bediente sich einer 10%igen Lösung. Die Injektionen wurden wie bei den Quecksilberpräparaten in die Nates gemacht. Die tägliche Dosis schwankte zwischen 0·75—0·50. Dreimal wöchentlich wurde injiziert. Insgesamt gab er 5—9 Injektionen. Fälle von Syphilis maligna praecox, die einer Quecksilber- und Jodkur gegenüber resistent waren, verheilten nach sechs Injektionen à 0·75 g. Refraktär verhielten sich Syphilis palmaris, Condylomata lata und Leukoplasien der Mundschleimhaut. Entgegen seinem Namen ist das Atoxyl aber nicht ungiftig. In zu großen oder zu lange fortgesetzten Dosen kann es zu bedeutenden Intoxika-

---

*) Nach Ehrlich und Bertheim ist das Atoxyl das Mononatriumsalz der p-Aminophenylarsensäure.

tionserscheinungen führen, die die sofortige Unterbrechung der Behandlung erheischen. Es stellen sich heftige Bauchschmerzen ein, die Patienten klagen über Krämpfe im Leib. Uebelkeit, Erbrechen, Diarrhöe, Kühlwerden der Extremitäten, Urinbeschwerden, rote Flecke und Petechien auf der Haut treten auf. Meist von kurzer Dauer, können die Vergiftungssymptome oft bedrohlichen Charakter annehmen. In schweren Fällen können diese Zustände bis 24 Stunden andauern. Um diese Zwischenfälle zu vermeiden, wende man nur eine geringe Zahl von Injektionen an, gebe nur die ersten zweimal erhöhte Dosen von 0·75 g in zweitägigen Intervallen, dann in dreitägigen Pausen noch vier Injektionen zu 0·5 g. Aeltere, magere und herabgekommene Leute und Patienten mit organischen Fehlern sind leichter einer Vergiftung ausgesetzt und müssen mit geringeren Dosen behandelt werden. Wahrscheinlich zersetzt sich das Atoxyl im Körper zu giftigen Produkten; nur so ist es zu erklären, daß plötzlich ohne Vorboten diese heftigen Vergiftungserscheinungen auftreten. Das Atoxyl wird rasch ausgeschieden, und nach Verlauf von zwei Wochen ist dasselbe im Urin nicht mehr nachzuweisen. Um Zersetzungsprozessen des Präparats vorzubeugen, ist stets frisch bereitetes Atoxyl zu verwenden. Auch eine längere Erhitzung bei 100° zersetzt das Atoxyl. Hallopeau hält das französische Produkt für weniger gefährlich wie das deutsche Präparat. Lokale Applikation des Atoxyls auf syphilitische Produkte wurde mit 1%iger Lösung und Salben probiert und mit Injektion um Gummen. Ein abgeschlossenes Urteil über den Nutzen dieser Anwendung liegt noch nicht vor.

Die bisherigen Versuche haben gezeigt, daß das Atoxyl imstande ist, zerstörend auf die Spirochäten einzuwirken. In welchen Intervallen die Kuren anzuwenden seien und ob vielleicht kombiniert mit Quecksilber- und Jodbehandlung, werden die weiteren Untersuchungen ergeben. — (Rev. scientifique, Nr. 24, 1907.)

Ueber Hämospermie; ein Fall von Lues haemorrhagica der Samenblasen. Von Paul Cohn, Berlin Ref. E. Spitzer, Wien.

Die Beimengung von Blut zu dem ejakulierten Sperma ist eine höchst seltene Erscheinung. Die Blutung kann in den samenbereitenden Organen, also Hoden, Samenblasen und Prostata oder in den samenabführenden Organen, resp. Kanälen, also Nebenhoden, den Vasa deferentia, Ductus ejaculatorius und Harnröhre stattgefunden haben. In jedem Fall muß getrachtet werden, eine genaue Diagnosenstellung zu machen, was durch Expression der Prostata oder Samenbläschen auch häufig gelingt.

Vf. fand auf Grund seiner histologisch-anatomischen Studien, daß die Samenbläschen infolge der reichlichen, oberflächlich gelagerten Kapillaren, die nur von einer Epithelschicht bedeckt sind, sehr leicht Sitz einer Blutung sein können. Als Aetiologie führt er an: Traumen, Stauungs-, bezw. Kongestionshyperämie, wie sie bei geschlechtlicher Erregung stattfinden, entzündliche Hyperämie, hauptsächlich im Gefolge einer Gonorrhöe, geschwürige Prozesse und besonders Gefäßerkrankungen. Hieher gehört die Hämospermie bei Arteriosklerose und bei Syphilis. Vf. berichtet von einem Patienten, der, nachdem er neun Monate geschlechtlich abstinent gelebt hatte, eine blutige Pollution bekam. In der Vorgeschichte des Kranken findet sich eine vor zehn Jahren ausgeheilte Gonorrhöe und eine $2^1/_2$ Jahre alte Lues, die öfters Rezidive im Gefolge hatte. Die Untersuchung des ganzen Genitaltraktes ergab keinen Anhaltspunkt für die Blutung. Nachdem sich die blutige Ejakulation noch zweimal in achttägigen Zwischenräumen wiederholte, nahm Vf. bei der $2^1/_2$ Jahre bestehenden Lues eine luetische Erkrankung der Schleimhautkapillaren als Ursache der Blutung an, und eine eingeleitete spezifische Behandlung rechtfertigte diese Vermutung, da diese Blutung trotz jahrelanger weiterer Beobachtung nicht wiederkehrte.

Cohn stellt diese Form der luetischen Erkrankung den hämorrhagischen Exanthemen, den Schleimhautblutungen und

den Blutungen aus dem weiblichen Genitale im Verlaufe der Syphilis zur Seite. — (Zeitschr. f. Urologie, Bd. 1, H. 4, 1907.)

Kinderheilkunde.

Zur Diagnose der tuberkulösen Bronchopneumonie bei Kindern. Von G. Mouriquand. Ref. Eugen Binswanger, München.

Der Praktiker kommt häufig in die Lage, vor einer sicher diagnostizierten Bronchopneumonie des frühen Kindesalters zu stehen und sich die Frage vorlegen zu müssen: handelt es sich hier um eine gewöhnliche oder um eine tuberkulöse Lungenentzündung? Diese Frage ist in erster Linie für die Prognose von größtem Interesse: denn die gewöhnliche Bronchopneumonie geht häufig in Heilung über, die tuberkulöse Lungenentzündung des frühen Kindesalters dagegen ist stets tödlich.

Vf. hat der Beantwortung dieser schwierigen Frage seine geradezu klassische klinische Studie gewidmet. Auf Grund von 19 Fällen von Bronchopneumonia tuberkulosa (fünf gehören dem ersten Lebensjahr an, die übrigen verteilen sich auf das 2. bis 7. Jahr), die sowohl klinisch als anatomisch mustergiltig beschrieben werden, bespricht er die Differentialdiagnose der gewöhnlichen und der tuberkulösen Bronchopneumonie.

Er unterscheidet zwischen „Laboratoriumsmethoden" und den sogenannten klinischen Methoden im engeren Sinne. Zu den ersteren, den „Laboratoriumsmethoden", rechnet er — nicht ganz mit Recht — unter anderem auch: die Arloing-Courmontsche Serumreaktion und die diagnostische Tuberkulininjektion. Mit Recht betont der Autor, daß der positive Ausfall dieser Proben nur den Beweis für das Vorhandensein tuberkulöser Herde irgendwo im Körper liefere, ohne die spezielle Frage nach der tuberkulösen oder nichttuberkulösen Natur der vorliegenden Pneumonie zu beantworten. Er vergißt aber dabei den hohen diagnostischen Wert, der in solchen Fällen dem negativen Ausfall speziell der Tuberkulininjektion unbedingt beizumessen ist. Denn das Ausbleiben einer Reaktion nach einer lege artis ausgeführten Tuberkulininjektion bei einem pneumonischen Kinde sagt uns mit Sicherheit: hier liegt keine tuberkulöse Lungenentzündung vor. Dem Tuberkulin muß demnach doch eine höhere Bedeutung bei Entscheidung der Frage nach der eventuellen tuberkulösen Natur einer Pneumonie beigelegt werden, als es der Autor tut. Und dies gilt gerade für das frühe Kindesalter, wegen der hier relativ seltenen latenten Tuberkulose, in erhöhtem Maße.

Die ausschlaggebende Bedeutung bei der Beantwortung der Frage, ob wir eine tuberkulöse Pneumonie vor uns haben oder nicht, weist Vf. den klinischen Symptomen im engeren Sinne zu. Er nennt dabei:

a) Die Dyspnöe mit ihrem bei tuberkulöser Pneumonie speziellem Typus, bestehend in hochfrequenter Atmung ohne starke Belästigung des Kranken (Dyspnoe inconsciente), und die Andauer dieses Symptoms über den 9. und 10. Krankheitstag hinaus.

b) Unter den auskultatorischen Symptomen:

1. Die besondere Feinheit der Rasselgeräusche.
2. Das lange Bestehenbleiben des gleichen objektiven Lungenbefundes.
3. Den Widerspruch zwischen den physikalischen Symptomen und dem Allgemeinzustand der Kranken.

Gerade der Hinweis auf diesen letzten Umstand, die „Unstimmigkeit" — dissociation — zwischen Befund und Allgemeinzustand des Kranken scheint dem Referenten das Hauptverdienst der Arbeit und der springende Punkt bei der in Rede stehenden Differentialdiagnose.

Meist ist dabei das Verhältnis erfahrungsgemäß das folgende: Es steht einem relativ unscheinbaren objektiven Lungenbefund, z. B. dem einer chronischen Bronchitis, eine mehr oder minder rapid — häufig völlig fieberfrei — verlaufende allgemeine Kachexie gegenüber.

Des Rätsels Lösung lautet in diesen Fällen auf dem Sektionstisch fast stets: „Tbc. pulmonum."

Es war an dieser Stelle leider nur möglich, auf wenige Punkte der Arbeit Vfs. einzugehen. Einem jeden aber, der sich mit der wichtigen Frage der kindlichen Tuberkulose näher beschäftigt hat, wird die Lektüre dieser vortrefflichen klinischen Studie Freude und Belehrung bieten, und man tut den französischen Dissertationen im allgemeinen wohl nicht Unrecht, wenn man behauptet, daß die in Rede stehende Publikation Vfs. unter ihnen wie ein „weißer Rabe" wirkt. — (Thèse Lyon, 1906.)

Ein Beitrag zum Studium der essentiellen Incontinentia nocturna der Kinder. Von L. Caudron. Ref. Eugen Binswanger, München.

In dieser umfangreichen Monographie über die Incontinentia nocturna infantilis sucht der Autor darzutun, daß eine sogenannte „essentielle" oder „idiopathische" Enuresis nocturna nicht existiert, daß man vielmehr im Bettnässen älterer Kinder in allen Fällen nur ein Krankheitssymptom zu erblicken habe. Diese Erkrankung kann eine lokale, eine solche des peripheren oder zentralen Nervensystems sein. Die ärztliche Untersuchung eines an Enuresis leidenden Kindes muß daher eine möglichst umfassende sein, die sämtlichen Organe und speziell das gesamte periphere und zentrale Nervensystem betreffen. Der Autor gibt dazu ein sehr umfangreiches Schema an. Nur eine nach allen Richtungen vollständige Untersuchung ermöglicht eine aussichtsreiche Therapie, denn dieselbe ist entsprechend der mannigfachen Aetiologie dieses Leidens in den einzelnen Fällen eine völlig divergente. Gemeinsam diesen verschiedenen Heilplänen ist nur die allgemeinhygienische Therapie, bestehend in diätetischen, hydrotherapeutischen und erzieherischen Maßnahmen.

Unter den vielen medikamentösen Mitteln, welche das periphere Nervensystem günstig beeinflussen sollen, gibt Vf. dem Extract. Belladonnae und dem Atropin den Vorzug und verordnet das letztere wie folgt: Atrop. sulfur. 0·01, Aq. dest. 10·0 tropfenweise steigend (je nach dem Alter) dreimal täglich. Kinder unter sechs Jahren beginnen mit zwei Tropfen pro dosi und steigen bis 15, solche über sechs Jahren erhalten 5—30 Tropfen pro dosi, 13—14jährige erhalten 10—50 Tropfen auf einmal.

Während alle übrigen von Vf. erwähnten Methoden auch in Deutschland mehr oder weniger üblich sind, verdient die „chirurgische" Behandlung der auf peripher-neurotischer Basis entstandenen Enuresis, wie sie Vf. empfiehlt, mehr der Merkwürdigkeit halber als um sie zur Nachahmung zu empfehlen, Erwähnung. Unter diesen chirurgischen Methoden versteht Vf. die „Epiduralen Injektionen nach Cathelin" und die „Retro-rektalen Seruminjektionen nach Jaboulay". Die Beschreibung dieser Methoden und ihrer angeblich vorzüglichen Resultate (so z. B. nach Cantas 87% Heilungen, 13% Besserungen durch epidurale Injektionen) widmet Caudron einen breiten Raum in seiner Arbeit. Die Injektionen nach Cathelin werden mit einer 1%igen Kokainlösung oder mit „sérum artificiel" an der zu den bekannten Quinkeschen Lumbalpunktionen benutzten Stelle oberhalb des Kreuzbeines oder auch unterhalb der letzten processs. spinos. des Kreuzbeines zwischen knöcherner Wand und Dura mater ausgeführt. Die Menge der Flüssigkeit soll 10 cm³ betragen und langsam während zwei Minuten injiziert werden.

Die zweite chirurgische Methode, die „retro-rektalen" Injektionen nach Jaboulay werden mit 150—250 (!) cm³ „sterilen Serums" ausgeführt. Die Nadel der Injektionsspritze wird in der Raphe anococcygea eingestochen und parallel dem Os sacrum vorgeschoben. Ein ins Rektum eingeführter Finger des Operateurs läßt die Perforation ins Rektum vermeiden. Die Schmerzhaftigkeit nach der Injektion dauert „nur" zwei Stunden.

Vf. sieht in diesen Injektionen, deren Erfolge vorzüglich seien, „zweifellos die Methode der Zukunft" („sans conteste la méthode d'avenir").

Abgesehen von den ebenso ernsthaften wie naheliegenden Gründen, welche nach Ansicht des Referenten und wohl jedes Lesers gegen diese Methode sprechen, scheint es doch sehr diskutabel, ob die

guten Erfolge dieser chirurgischen Methoden in ihrer mechanischen Wirkung — die vorerst jeder sicheren Erklärung entbehrt — liegen, oder nicht vielmehr, und diese Annahme liegt doch sehr nahe, in der suggestiven Wirkung des sicherlich sehr schmerzhaften Eingriffes. Und ist letzteres der Fall, so muß doch mit Recht zu anderen, weniger eingreifenden und gefährlichen suggestiven Methoden geraten werden. — (Thèse Lyon, 1906.)

Zur Diagnose der Barlowschen Krankheit (des kindlichen Skorbut). Von W. v. Starck, Kiel. Ref Eugen Binswanger. München.

Stark sah, trotz der zahlreichen Publikationen über Barlowsche Krankheit, in den letzten Jahren wieder eine Anzahl Fälle, in welchen die Diagnose vom behandelnden Arzte nicht gestellt wurde. Ein Nichterkennen dieser Krankheit ist umso verhängnisvoller, als gerade die Barlowsche Krankheit zu den — leider nicht allzu zahlreichen — Erkrankungsformen gehört, denen gegenüber wir eine in so hohem Grade verläßliche Therapie kennen, daß hier die rechtzeitige und richtige Diagnose geradezu der Lebensrettung gleichkommt.

Als die wichtigsten Symptome der Barlowschen Krankheit nennt Starck: 1. zunehmende Anämie; 2. hämorrhagische Schwellung des Zahnfleisches; 3. Schmerzen bei Bewegungen; 4. Auftreibung von einem oder mehreren Röhrenknochen; 5. Hämaturie; 6. hämorrhagische Schwellung der Augenlider und Exophthalmus.

In den seltensten Fällen sind alle diese Symptome vereinigt, meist fehlen mehrere derselben ganz oder sind nur angedeutet, so daß die Diagnose durchaus nicht immer leicht ist.

So kann die Anämie völlig fehlen oder erst sekundär nach längerem Bestehen der Erkrankung eintreten. Die hämorrhagische Zahnfleischschwellung fehlt fast stets während der zahnlosen Periode der Kindheit und ist in manchen Fällen, in denen bereits Zähne da sind, sehr gering.

Das Auftreten von Knochenschmerzen bei Bewegungen ist überaus häufig und sollte den behandelnden Arzt stets dazu veranlassen, an das Bestehen von Barlowscher Krankheit zu denken; doch ist auch dies Symptom kein Erfordernis für die Diagnose. Das Gleiche gilt nach Starck für eine Auftreibung an einem oder mehreren Knochen.

Hämaturie ist unter Umständen das einzig sichtbare Symptom der Barlowschen Krankheit. Anderseits kann sie auch fehlen, wie ein von Starck zitierter Fall beweist.

Hämorrhagische Schwellung der Augenlider und Exophthalmus sind, wenn sie gleichzeitig bestehen, ein höchst auffälliges und eindeutiges Bild. Exophthalmus ohne Hämorrhagien freilich kann Schwierigkeiten in der Deutung machen und ist dann stets noch nach anderen skorbutischen Symptomen zu suchen.

Bezüglich der viel diskutierten Frage der Zugehörigkeit der Barlowschen Krankheit zum Skorbut steht Starck auf dem Standpunkt, daß über die skorbutische Natur der Barlowschen Krankheit kein Zweifel besteht und schlägt deshalb auch die Bezeichnung „infantiler Skorbut“ an Stelle von „Barlowscher Krankheit“ als berechtigt und zweckmäßig vor. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10, 1907.)

Ueber die Bedeutung der Säuglingskrämpfe für die weitere Entwicklung der Individuen. Von Walter Birk, Breslau. Ref. Eugen Binswanger, München.

Birk beantwortet die interessante Frage, was aus den sogenannten „Krampfkindern“, den spasmophilen Säuglingen, in späteren Jahren wird, und speziell ob sie vielleicht ein wesentliches Kontingent für die Epilepsie der Erwachsenen stellen.

Es stand ihm dabei das wertvolle Material der Breslauer Klinik, im ganzen 53 Kinder, zur Verfügung, deren Entwicklungsgang durch jährliche Nachuntersuchung sichergestellt war.

In Hinsicht auf die Beziehung der Spasmophilie zur Epilepsie zeigte sich, daß kein einziges dieser Kinder epileptisch geworden war. So interessant diese Beobachtung zweifellos ist, so ist ihr Wert doch dadurch sehr wesent-

lich eingeschränkt, daß keines dieser Kinder älter als 12 Jahre war. Das endgiltige Urteil über die Beziehungen zwischen Säuglingskrämpfen und Epilepsie muß daher, auch nach Birks Ansicht, vorerst noch zurückgestellt werden.

Was nun die Weiterentwicklung dieser früher spasmophilen Kinder überhaupt betrifft, ergab sich, daß nur ein Drittel dieser Kinder normale Entwicklung zeigten, „die übrigen zwei Drittel erwiesen sich als schwer geschädigte Individuen“. Von den bereits schulpflichtigen kam fast die Hälfte schlecht in der Schule fort oder befand sich sogar in Hilfsschulen. Bei denjenigen Kindern aber, welche in der Schule gute Fortschritte machten, zeigten sich die Symptome der Nervosität im Kindesalter, der Schulkopfschmerz, das Erbrechen am Morgen vor Beginn der Schule, die Appetitlosigkeit u. s. w.

Aus diesen interessanten Ergebnissen Birks folgt für den Praktiker die Mahnung, darauf zu dringen und zu achten, daß bei diesen spasmophilen Kindern „eine richtige Erziehung das wieder gut zu machen suche, was durch die angeborene Anlage verfehlt ist“. — (Med. Klinik Nr. 12, 1907.)

Ueber Fermenttherapie beim Säugling. Von Firmin Philips, Breslau. Ref. Eugen Binswanger, München.

Philips hat sich die mühevolle Aufgabe gestellt, durch Stoffwechselversuche festzustellen, was die Fermenttherapie für die Resorption und Retention der Hauptbestandteile der Nahrung: Stickstoff, Fett und Kohlehydrate, leiste.

Die nach Philips seither unbewiesene Annahme, daß die Beigabe von Fermenten die Verdauung erleichtere, hat verschiedene Autoren dazu geführt, Fermente der Nahrung direkt zuzusetzen oder neben der Nahrung zu geben.

In Deutschland am bekanntesten dürften vor allem die Versuche Siegerts sein, Pegnin und Pankreon als verdauungsfördernde Fermente zu verabreichen.

Ferner hat bekanntlich auch die Nährmittelindustrie, von der Vorstellung qualitativer und quantitativer Mängel der Fermenttätigkeit im Säuglingsdarm ausgehend, sogenannte „vorverdaute“ Milchpräparate hergestellt und empfohlen.

Den Versuchen Philips kommt also, wie wir sehen, ein sehr aktuelles Interesse zu. Sie wurden an vier Säuglingen angestellt und erstrecken sich jeweils auf eine dreitägige fermentfreie und eine ebensolange Fermentperiode. Verabreicht wurde stets Pegnin, Pankreon und Emulsion zu gleichen Teilen. Ueber die Details der Versuche geben übersichtliche Tabellen Aufschluß. Der Autor selbst faßt das Ergebnis derselben in der Hauptsache dahin zusammen, „daß die Zufuhr von Fermenten neben der Nahrung weder auf die Resorption von Stickstoff, Fett und Kohlehydrate, noch auf die Retention von Stickstoff, noch auf das Gedeihen der Kinder einen Einfluß hat“. Die Versuche haben ferner ergeben, daß die zugeführten Fermente vom gesunden Magen und Darm nicht resorbiert, sondern im Verdauungstraktus zerstört werden. — (Monatsschr. f. Kinderheilk., Nov. 1906.)

Hypertrophische Adenoitis und muco-membranöse Enteritis der kleinen Kinder. Von Guisez, Paris. Ref. Einstein, Stuttgart.

Die Entzündung der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes ist in häufigen Fällen die Ursache eines schleimigen Darmkatarrhs der Kinder (Enteritis catarrhalis von Henoch). Der von den infizierten Wucherungen beständig abgesonderte eitrige Schleim wird von den kleinen Kindern, welche noch nicht ausspucken können, oder von älteren Kindern im Schlafe verschluckt und gibt im Magen und Darm zu Störungen Veranlassung. Auch eine Appendizitis kann auf diese Weise entstehen.

Solche Darmkatarrhe trotzen häufig jeder arzneilichen und diätetischen Behandlung; sie verschwinden dagegen sofort nach Entfernung der adenoiden Wucherungen.

Vf. warnt schließlich noch vor der Operation der Wucherungen im entzündlichen Stadium. Er läßt 8—10 Tage vorher täglich einige Tropfen Mentholöl (1 : 30) oder Resorcinöl (1 : 60) in beide Nasenlöcher träufeln, kontrolliert genau die Tempera-

tur, reinigt den Darm durch ein Abführmittel und operiert erst, wenn die Rötung des Nasenrachenraums verschwunden ist. — (Journ. des Pratic. Nr. 1, 1907.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Neuere Mittel und Anwendungsformen.

Diäthylbarbitursäure, ein neues Hypnotikum.

Diäthylbarbitursäure „Höchst" ist ein neues Hypnotikum und ihrer chemischen Zusammensetzung nach Diäthylmalonyl-Harnstoff; sie stellt kleine farb- und geruchlose, schwach bitter schmeckende Kristalle dar, welche in zwölf Teilen kochendem, in 145 Teilen kaltem Wasser löslich sind. Die Diäthylbarbitursäure „Höchst" ist, in normalen Dosen angewendet, unschädlich und frei von unangenehmen Nebenwirkungen, und bewirkt innerhalb ½—1 Stunde einen ruhigen, traumlosen, mehrstündigen Schlaf. Indiziert ist das neue Hypnotikum bei nervöser Agrypnie jeder Art, bei Depressionszuständen, Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie, Melancholie, Erschöpfungspsychosen, klimakterischen und menstruellen Beschwerden, bei Schlaflosigkeit infolge schwerer akuter Infektionskrankheiten. Die Diäthylbarbitursäure „Höchst" wirkt als ungefährliches Beruhigungsmittel bei Dementia, Katatonie, periodischem Irresein, akuter und halluzinatorischer Verwirrtheit, Paranoia, progressiver Paralyse, Tobsuchtsanfällen, bei epileptischen, psychomotorischen und maniakalischen Erregungszuständen. Auch in der Kinderpraxis bewährt sich die Diäthylbarbitursäure „Höchst" als Hypnotikum und Sedativum bei Unruhe und Schlaflosigkeit infolge von Verdauungsstörungen, bei Tetanie, Konvulsionen, Keuchhusten. Dosierung: Für Erwachsene von 0·5—0·75—1·0—1·5—2·0 g, für Kinder 0·025 bis 0·075 g 1—2mal täglich in heißem Tee oder Milch gelöst, oder in Form von Schokoladetabletten. Es sind Tabletten mit und ohne Kakaozusatz à 0·5 g in Röhrchen zu 10 Stück in „Originalpackung Höchst" in dem Handel. Jede Tablette ist zur bequemen Halbierung mit einer Bruchrille versehen. Bei Frauen und Mädchen reichen vielfach Dosen von 0·25—0·3 g Diäthylbarbitursäure „Höchst" aus. Sind höhere Dosen (1·0 bis 1·5—2·0) erforderlich, so wird zweckmäßig das Mittel in refracta dosi zu 0·25 bis 0·5 g in kürzeren Intervallen gegeben. Zeitweise kann die Diäthylbarbitursäure durch die noch etwas stärker hypnotisch wirkende Dipropylbarbitursäure „Höchst", von welcher 0·3 g etwa den gleichen Wirkungswert wie 0·5 g der Diäthylbarbitursäure „Höchst" besitzen, ersetzt werden. D i ä t h y l b a r b i t u r s ä u r e „Höchst" ist chemisch identisch mit V e r o n a l. D i p r o p y l b a r b i t u r s ä u r e „Höchst" ist chemisch identisch mit P r o p o n a l. — (Leipz. med. Monatsschr., Nr. 5, 1907.)

Energin, ein neues Lebertranpräparat.

In einer Arbeit aus der pädiatrischen Klinik zu Wien berichtet H. J a n z u s über ein neues Lebertranpräparat, welches sich in Form von Schokolade-Tabletten darstellt, etwa von der Form weichen Konfekts. Die chemische Untersuchung ergab per Tablette einen Gehalt von 4·5 bis 5·5 g Fett, welches sich durch Geruch und Geschmack als Lebertran legitimiert, daneben noch geringe Mengen Lezithin und phosphorsauren Kalk. Der Lebertrangehalt entspricht ganz der gewöhnlichen Dosierung, indem ein Kinderlöffel voll Lebertran ungefähr 5 g wiegt; demnach ist das E n e r g i n in 2—3 Tabletten täglich zu verordnen. Ein Stoffwechselversuch wird vom Vf. mitgeteilt.

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz L o e b, München, Kaufingerstraße 25, erbeten.

Er bezeichnet das Energin als ein ganz brauchbares Präparat, das sich eine hervorragende Stellung unter den vielen Lebertranmodifikationen erringen werde. — (Klin.-therap. Wochenschr., Nr. 26, 1907.)

Novaspirin.

Nach den Erfahrungen von J. Kropil (Preßburg) ist das Novaspirin ein mildes Antirheumatikum, das viel besser vertragen wird wie Natr. salicyl. und bezüglich seiner Bekömmlichkeit vor Aspirin zu stellen ist. Die Diaphorese ist bei Novaspirin geringer und dementsprechend auch seine antifebrile Wirkung eine geringere. Leichte rheumatische Zustände werden günstig beeinflußt, stärkere Schmerzen, chronische rheumatische Beschwerden und Neuralgien weniger. Die ausschließliche Domäne des Novaspirins bilden daher leichtere Myalgien, leichtere Formen von Muskel- und Gelenkrheumatismen und Erkältungserscheinungen. Die geringste Dosis ist 1 g, 3—4mal tagsüber zu nehmen, doch können auch höhere Dosen von 5—8 g pro die, über den Tag verteilt oder zweistündlich nachmittags zu nehmen, gegeben werden. Auch dort, wo eine langdauernde gleichmäßige Salizylwirkung erwünscht ist, wie z. B. bei Blasenleiden, dürften Erfolge zu verzeichnen sein. — (Wien. med. Presse, Nr. 17, 1907.)

b) Pharmakologische Präparate.

Alformin von Max Elb in Dreden, ist Liqu. Aluminii subformicici. Es zeichnet sich angeblich vor dem offizinellen Liqu. Aluminii acetici durch 2—3mal größere adstringierende und desinfizierende Wirkung und größere Haltbarkeit aus und enthält 16% Aluminiumsubformiat. Nach Zernik enthält es 14·18% Aluminiumsubformiat und wahrscheinlich noch 2·7% freie Ameisensäure. — (Pharm. Post, Nr. 12, 1907.)

Amasira heißt ein gegen Dysmenorrhöe empfohlenes Teegemisch folgender Zusammensetzung: Alchemilla vulg. 4, Foeniculum cap. 5, Succissa pratensis 7, Aquilegia vulg. 6, Paeonia offic. 2, Ocimum Basilicum 2, Rad. Sarsaparillae hond. 13, Rad. Rhei 22.

Anaestiform ist eine Lösung von salzsaurem Kokain, Renaglandin und destilliertem Extrakt von Hamamelis virginiana in einer Flüssigkeit, welche die Sulfate des Natriums und Ammoniums enthält. — (Pharm. Post, Nr. 23, 1907.)

Anisotheobromin, ein Theobromin-Natriumanisat, enthält 47·87% Theobromin und bildet ein weißes Pulver, das in kaltem Wasser schwer, in heißem dagegen leicht löslich ist.

Anorrhal sind 4 g schwere Gelatinesuppositorien folgender Zusammensetzung: Sozojodolnatrium 0·02, Alumnol 0·0024, Extr. Hamamel. dest. 0·5, Extr. suprarenal. 0·002, Zinc. oxydat. 0·4, Glyzerin, Gelatin. animal., Aq. dest. q. sat. Sie werden gegen Hämorrhoiden angewendet. Darsteller: Apotheke zur Austria in Wien, IX/$_3$.

Bebeerin, das Alkaloid aus der Wurzel von Pereira brava oder der Rinde von Nectandra Rodiaei, ist bisher als Tonikum, Febrifugum und Antityphikum in Dosen von 0·05—0·1 g (Sulfat) angewendet worden.

Benzoyl-Succinyl-Peroxyd besteht aus einem monobasischen Peroxyd der Benzoesäure und des Bernsteinsäureanhydrids. Es ist eine farblose, kristallinische Substanz mit aromatischem Geruch und starkem Pfeffergeschmack. Es löst sich in Chloroform, Alkohol und Benzol. In Wasser zersetzt es sich zu Benzoe und Bernsteinsäure. Anwendung: als Antiseptikum. — (Pharm. Post, 1907.)

Bromothymin, Extract. Thymi comp. mite und forte, letzteres enthält pro Kaffeelöffel zwei Tropfen Bromoform. Als Spezifikum gegen Keuchhusten empfohlen. — (Vierteljahres-Rdsch., Nr. 3, 1907.)

Buccavacedrol werden als Antigonorrhoikum empfohlene Gelatinekapseln genannt, welche 0·1 Ligni Cedri und Kawaextrakt enthalten. Fabrikant: Dr. K. Fragner in Prag.

Chelafrinum muriaticum solutum (Hoeckert & Michalowsky in Berlin) ist ein Nebennierenpräparat 1:1000, welches in chemischer und physiologischer Hinsicht einer gleich starken Adrenalinlösung entspricht.

Chlorbutanol wird durch Einwirkung von Azeton auf Chloroform erhalten. Anwendung: als örtliches Betäubungsmittel, bei Schlaflosigkeit und Erbrechen, sowie zur Haltbarmachung von Lösungen zu Hauteinspritzungen. Gabe: 0·3—1·5 g entweder rein oder in Kapseln. — (Pharm. Post, Nr. 23, 1907.)

Corrosol heißt eine Kombination aus Hydrargyrum succinicum, Hydrargyr. cacodylic. und Novokain bezw. Eukain, welche in Phiolen zu 2 cm^3 mit je 0·0075 g Quecksilbergehalt in den Handel gelangt; wird bei Lues in Form subkutaner Injektionen angewendet, die schmerzlos sind.

Emoleo besteht angeblich aus weißem, flüssigen Paraffin und Zinkstearinat. Es wird bei Nasenleiden der Kinder entweder rein oder mit Azetanilid, Borsäure, Eukalyptol, Gerbsäure, Jod, Menthol und Salizylsäure empfohlen. — (Pharm. Post, Nr. 25, 1907.)

Eucol, Guajakolazetat, eine farblose, schwach nach Guajakol riechende Flüssigkeit, die innerlich und subkutan an Stelle von Guajakol zur Anwendung gelangt. — (Viertelj.-Rdsch., Nr. 3, 1907.)

Eurhostin, Kondurango-Pepsin und Pepton, enthält die gleichen Bestandteile wie das bekannte Immermannsche Elixir, nur ist das Kondurango-Extrakt auf kaltem Wege bereitet. — (Viertelj.-Rundsch., Nr. 3, 1907.)

Fluoralbin heißen elastische Vaginalstäbchen, die das Dauerhefepräparat Zymin enthalten.

Guajacolum cacodylicum wurde bisher zumeist in öliger Lösung zur Bekämpfung der Tuberkulose subkutan injiziert. Burlureaux schlägt hiefür subkutane oder intramuskuläre Injektionen von wässerigen Lösungen vor. Man spritzt alle 2—3 Tage 1 cm^3 einer 5%igen Lösung des Präparats ein. Setzt man der Injektionsflüssigkeit eine kleine Menge freies Guajakol zu, so wird ein nachträgliches Trübwerden derselben verhindert und zugleich eine anästhesierende Wirkung erzielt. — (Pharm. Post, Nr. 28, 1907.)

Horta ist eine Mischung gleicher Teile Perukognak und Malzextrakt. Anwendung: bei veraltetem Bronchialkatarrh, asthmatischen Beschwerden und Influenza. Gabe: dreimal täglich 1 Likörglas. Darsteller: Dr. Hauser in Mooskirch.

Jodalbin ist eine Jodeiweißverbindung, die 21·5% Jod enthält und in Wasser sowie Säuren sich nicht, dagegen in alkalischen Flüssigkeiten löst. Anwendung: wie Jodalkalien. — (Pharm. Post, 1907.)

Kampfersäuremethylester ist ein wasserklares, farbloses Oel, von aromatischem Geruch und kühlend bitterem Geschmack, das von der Haut schnell und vollständig resorbiert wird.

Kolaferrin, Nerventonikum, enthält in einem Kaffeelöffel (= 5 g) Triferrin (paranukleinsaures Eisen) 0·25, Kolaextrakt 0·4, Chinatinktur 0·4, Strychnin 0·0015, Orangensirup 4·0. Fabrikant: Dr. Koltscharsch & Cie. in Wr.-Neustadt. — (Pharm. Post, Nr. 25, 1907.)

Lentoide heißen linsenförmig komprimierte, brausende Arzneimischungen der Firma Dompé-Adami in Mailand.

Orchidinum guajacinatum ist ein Organpräparat mit Guajazin. Es bildet eine braune Flüssigkeit mit schwachem Alkoholgehalt und aromatischem Geschmack. Anwendung: bei Arthritis urica innerlich 20—30 Tropfen in $^1/_4$ l Wasser. Darsteller: Institut Marpmann in Leipzig. — (Pharm. Post, Nr. 23, 1907.)

Oreson. Neues lösliches, angeblich nicht reizendes und nicht toxisch wirkendes Guajakolderivat.

Orthoamidosalizylsäure ist nach Crinon eine Salizylsäure, in der ein H-Atom durch NH_2 ersetzt ist. Es bildet ein amorphes, grau-gründliches, fast geruchloses Pulver von schwach süßlichem Geschmack, das in Wasser, Alkohol und Aether unlöslich ist. Anwendung: bei Gelenkrheumatismus. — (Pharm. Post, Nr. 24, 1907.)

Perglutyl ist eine feste Form des Wasserstoffsuperoxyds und soll innerlich und äußerlich überall da zur Anwendung gelangen, wo die antiseptische und desinfizierende Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds erwünscht ist. Fabrikanten: Dr. Böhm u. Dr. H. Leyden, Berlin W. 15.

Protiode ist nach Crinon Jodoäthylglyzerin mit 51·98% Jod und bildet einen kristallinischen, farb- und geruchlosen Körper, der sich leicht in Wasser löst, nicht giftig ist und keinen Jodismus veranlaßt. Anwendung: wie Jodpräparate. — (Pharm. Post, Nr. 24, 1907.)

Sapene sind neue Arzneimittelträger mit großem Lösungsvermögen, die sich zu perkutaner Behandlung eignen und von der Haut aufgenommen werden. Im Handel befinden sich ein Salizyl-Sapen mit 10 und 20%iger Salizylsäure, das bei Rheumatosen gute Dienste leistet, ferner Jod-Sapen mit 3, 6, 10, 20 und 35% Jod, ein Formaldehyd-Sapen mit 5 und 10% Formaldehyd, ein Ichthyol-Sapen mit 10% Ichthyol und ein Kreosot-Kampfer-Sapen mit 10% Kreosot und 10% Kampfer.

Sophol ist das Silbersalz der Formaldehydnukleinsäure, das vor anderen organischen Silbersalzen besondere Vorteile haben soll und sich besonders für ophthalmologische Zwecke eignet.

Spiracin werden besondere Tabletten aus Azetyl-Salizylsäure genannt, die in Wasser in wenigen Sekunden zerfallen sollen. — (Viertelj.-Rundsch., Nr. 3, 1907.)

Suppositoria Rectalia c. Tonogeno suprarenale Richter, empfohlen bei Hämorrhoidalknoten und Mastdarmblutungen. Je ein Suppositorium enthält 0·0005 kristallisiertes Tonogen in Kakaobutter.

Tonogen Suppositorien. Ein Zapfen enthält 10 Tropfen Tonogen; gegen Blutung bei Hämorrhoidalknoten. Täglich 2—3 Zapfen.

Tylmarin = Azetyl-Orthokumarsäure; bildet farblose, schwer wasserlösliche Kristalle und spaltet sich im Körper in ihre Bestandteile. Wirkung soll gleich der der Azetylsalizylsäure sein. Gabe: 0·25—0·5 g.

Validfluid ist ein kaltbereitetes Baldrian-Fluidextrakt mit geringerem Alkoholgehalt als die Tinktur. Ein Teelöffel dieses Fluidextrakts soll etwa 10 Teelöffeln der Tinktur entsprechen. — (Pharm. Post, Nr. 24, 1907.)

Velopural ist eine Seife, welche mit Hilfe von Olivenöl zu einer salbenartigen Masse verarbeitet wurde. Setzt man dieser Seife mit Lanolin extingiertes Quecksilber im Verhältnis 2:1 zu, so erhält man ein Quecksilber-Velopurin, welches von Joseph zu Inunktionskuren empfohlen wird. — (Pharm. Post, Nr. 26, 1907.)

c) Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel.

Bromatol ist eine Bromoform-Lebertranemulsion, von der 1 cm³ einen Tropfen Bromoform enthält. Anwendung: bei Keuchhusten und anderen Erkrankungen der oberen Luftwege. Darsteller: R. Dietrich & Co., chem. Fabrik in Zürich.

Guajakol-Somatose, enthält flüssiges 5%iges guajakolsulfosaures Kalzium. (Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer & Cie. in Elberfeld.) — (Pharm. Post, Nr. 25, 1907.)

Halén heißt ein als Tonikum bei Stoffwechselstörungen empfohlenes Pulvergemisch; enthält angeblich: 30% Kohlehydrate, 20 Albuminate, 10 Fettsubstanz, 8 Kasein, 2 Cholestearin, 15 Lezithin, 1 Fibrin, 2 Nuklein, 4 Gallerte und 8 anorganische und organische Salze verschiedener Art. Fabrikant: Kratz & Leypold in Stetten b. Lörrach.

Lactolecithin Richter ist eine Mischung von Lezithin mit Milchzucker und stellt ein milchweißes, in warmem Wasser lösbares Pulver mit nicht üblem Geschmack dar. Je ein Löffel davon enthält 0·05 g Lezithin. Indikationen: Das mit Milchzucker verfertigte Lezithin wird bei nervösen, blutarmen und rekonvaleszenten Kindern, sowie bei Erwachsenen angewendet, bei denen die Einnahme von Tabletten mit Schwierigkeiten verbunden ist. Verordnung: Täglich zwei-

bis dreimal je ein Kaffeelöffel in Milch oder Milchspeisen.

Neottin Richter. Ein Eiweißnährmittel mit 15% Lezithin-, 6—7% Eiweißgehalt. Leicht zu verdauen, verdirbt nicht den Magen. In Suppe oder Milch zu nehmen. In hermetisch verschlossenen Schachteln. Täglich dreimal je 1 Kaffeelöffel.

Tonole ist der Handelsname für Glyzerophosphate, welche die Chemische Fabrik auf Aktien vorm. E. Schering in Berlin darstellt. Man unterscheidet: Kalzium-Tonol, Chinino-T., Ferro-T., Kalio-T., Lithio-T., Magnesio-T., Mangano-T., Natrio-T. und Strychnino-Tonol. — (Pharm. Post, Nr. 24, 1907.)

2. Behandlungsmethoden.

Rhachitisbehandlung.

Paul Sittler berichtet in einer interessanten Arbeit aus der Kinder-Poliklinik und -Klinik zu Straßburg über vergleichend-therapeutische Versuche bei Rhachitis. Diese Versuche erstrecken sich auf ein Material von über 200 Kindern mit mehr oder weniger schweren, zum Teil sogar sehr schweren Symptomen von florider Rhachitis. Angewandt wurden folgende Präparate:

Eisen in Form von Liq. ferri albuminati zu 10—20 Tropfen mehrmals täglich, je nach dem Alter.

Tinct. ferri pomat. zu 4—5 Tropfen mehrmals täglich.

Chlorkalium (Kalium chloratum) 1—2mal täglich 0·1 g.

Glyzerinphosphorsaures Kalium in 50%igen Lösungen 1—3mal täglich 0·1 g.

Glyzerinphosphorsaures Natrium in 50%igen Lösungen ein- bis dreimal täglich 0·1 g.

Glyzerinphosphorsaures Kalzium als Pulver 1—3mal täglich 0·1 g.

Glyzerinphosphorsaures Eisen als Pulver 1—3mal täglich 0·1 g.

Lezithin in Tabletten à 0·025 g zu 2—4 Stück täglich.

Carniferrin in Pulvern von 0·1 bis 0·2 g täglich.

Acidum nucleinicum aus Hefe dargestellt, als Pulver zu 0·1—0·4 g täglich.

Acidum nucleinicum animale als Pulver zu 0·1—0·4 g täglich.

Natrium nucleinicum als Pulver zu 0·1—0·4 g täglich.

Ferrum nucleinicum als Pulver zu 0·1—0·4 g täglich.

Phosphorlebertran (0·01 zu 100·0) 1—2 Teelöffel täglich.

Phytin 0·5—1·0 pro die.

Es ist Sittler, mit alleiniger Ausnahme der Nukleinsäure und ihrer Verbindungen, nicht gelungen, mit einem dieser Präparate irgend eine Einwirkung auf den rhachitischen Prozeß zu erzielen. Zwar machte sich in den meisten Fällen ein günstiger Einfluß der verabreichten Präparate auf den Appetit und in der Folge auf das Körpergewicht bemerkbar, auch wurde in vielen Fällen nach Anwendung der glyzerinphosphorsauren Salze und des Karniferrins ein Verschwinden der bei Rhachitis oft vorhandenen nervösen Beschwerden (Laryngospasmus etc.) bemerkbar, aber eine Wirkung auf den Knochenprozeß schienen nur die Präparate der Nukleinsäure zu haben, und hier wieder die aus Hefe dargestellte Nukleinsäure schwächer als die drei anderen Präparate.

Ein schädlicher Einfluß auf den rhachitischen Knochenprozeß, speziell die Kraniotabes, fiel bei Chlorkalium auf, besonders bei Kindern unter zwei Jahren.

Die gleichzeitige Verordnung von Nukleinsäure und nukleinsauren Salzen mit Glyzerinphosphaten schien viel besser auf die Rhachitis einzuwirken, als Nukleinpräparate allein.

Am meisten hat Vf. gleichzeitig verabreicht:

Natrium nucleinicum zu 0·2 bis 0·5 g und Calcium glyzerinophosphoricum zu 0·1—0·25 g (beide als Pulver) oder

komprimierte Tabletten zu 0·1 g Natrium nucleinicum plus 0·05 g

Calcium glyzerinophosphoricum (2—5 Stück täglich, je nach dem Alter der Kinder). Die Präparate sind in kalter Lösung (Zuckerwasser, Milch) oder direkt (Schokoladetabletten) zu geben.

Bei der diätetischen Behandlung, die nicht vernachlässigt werden darf, will Vf. Nahrungsmittel mit starkem Kaliumgehalt vermieden wissen, wie Kohlarten, Hülsenfrüchte und besonders Kartoffeln. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 29, 1907.)

Behandlung der Angina.

An Stelle der Gurgelungen empfiehlt F. Monod Duschen von Kohlensäurewasser. Zu diesem Zweck wird ein 25 cm langer Kautschukschlauch am Schnabel einer Syphonflasche festgebunden. Der Kranke kann die Dusche selbst applizieren: mit einer Hand hält er den Schlauch im Munde, mit der anderen öffnet er den Hahn des Syphons und reguliert die Stärke des Strahles. Die Hälfte oder der vierte Teil eines Syphons genügen für eine einzelne Dusche, welche ein- oder zweimal pro Stunde wiederholt wird. — (Korresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Typhusbehandlung.

Preßlich bezeichnet das Pyramidon als ein höchst wertvolles Mittel zur Typhusbehandlung, welches alle anderen Antipyretika bei weitem an Wirksamkeit übertrifft und bestimmt sein dürfte, an Stelle der Bäderbehandlung die führende Rolle zu übernehmen. Speziell für Epidemiezeiten, wo die Unmöglichkeit einer ausreichenden Bädertherapie nur zu oft eintritt, hält er die Pyramidontherapie für eine äußerst segensreiche und steht nicht an, das Pyramidon dringend zu empfehlen. — (Wien. med. Presse, Nr. 13, 1907.)

Auch Robitschek hat bei Gelegenheit einer Typhusepidemie in der Garnison Nagyszeben von der Pyramidonbehandlung günstige Erfolge gesehen. Er faßt die Ergebnisse dieser Behandlungsart folgendermaßen zusammen: 1. Bei der Undurchführbarkeit der Bäderbehandlung bietet das Pyramidon allein und in Verbindung mit leichten hydriat. Prozeduren einen willkommenen Ersatz für die Bäderbehandlung. 2. Das Medikament erweist sich selbst bei längerem Gebrauch, namentlich in rechtzeitiger Verbindung mit Stimulantien und Herztonizis als vollkommen unschädlich. 3. Es beeinflußt in der vorteilhaftesten Weise das subjektive Befinden der Kranken und erleichtert die Krankenpflege. 4. Pyramidon beeinflußt den Typhusprozeß nur indirekt, indem es durch prompte und schnelle Herabsetzung der abnormen Temperaturen die durch dieselben bedingte Schädigung der parenchymatösen Organe behindert. — (Wien. med. Presse, Nr. 27, 1906.)

Behandlung der Dysmenorrhöe.

Für die Valylbehandlung der Dysmenorrhöe empfiehlt Ammelburg folgende Vorschrift: Etwa drei Tage vor dem zu erwartenden Beginn der Menstruation gibt man dreimal täglich ein oder zwei Kapseln Valyl. Sowie die Menstruation einsetzt, steigt man sofort auf dreimal täglich zwei oder drei Kapseln und geht erst bei Nachlassen der Blutungen allmählich wieder auf drei Kapseln pro Tag herunter, die man noch drei oder vier Tage lang fort gibt. In der Pause zwischen zwei Menstruationen fortwährend Valyl weiter zu reichen, empfiehlt sich nicht, wie es überhaupt bei jeder Valyltherapie ratsam ist, von Zeit zu Zeit kurze valylfreie Zeiten einzuhalten. — (Aerztl. Zentral-Anz., Nr. 16, 1905.)

Dysenteriebehandlung.

Ruhrfälle leichten Grades heilen nach M. A. Rudnik in der Regel auch bei Anwendung der bis jetzt allgemein üblichen medikamentösen und diätetischen Maßnahmen. Bei Dysenteriefällen mittleren und schweren Grades, welche durch den Bacillus Shiga Kruse verursacht sind, empfiehlt sich die Benutzung des antitoxischen Ruhrserums der Wiener Schule, das umso sicherer wirkt, je früher es zur Anwendung gelangt. Es versagt in vielen Fällen von Vergesellschaftung der Ruhr mit Tuberkulose oder einem ähnlichen, mit Aufzehrung der

Kräfte des Kranken einhergehenden pathologischen Prozesse. Der Gebrauch des Paltaufschen Dysenterieserums ist ganz ungefährlich und zieht weder örtliche, noch allgemeine Störungen nach sich. In den meisten Fällen wird man mit einer Einzeldose von 20 cm³ auskommen. Verzögert sich der Erfolg, so muß die Dosis wiederholt werden. Bei Kindern unter 10 Jahren kann mit der Serumdosis auf die Hälfte, d. i. 10 cm³, herabgegangen werden. Ein Vorzug der antitoxischen Heilmethode besteht in der Abkürzung der mittleren Heilungsdauer. Diese ist abhängig einerseits von dem Alter und der Widerstandsfähigkeit der Patienten, anderseits von der Dauer der Krankheit, so daß in der Regel das kräftigste Alter zwischen 30 und 50 Jahren die relativ kürzeste Behandlungsdauer aufweist. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 51, 1906.)

Diphtheriebehandlung.

Zur Lokalbehandlung der Diphtherie mit Pyozyanase äußert sich im Arch. f. Kinderheilk. K. Zuckert (Graz). Die Pyozyanase beeinflußt in manchen Fällen von Rachendiphtherie den lokalen Prozeß und indirekt den Allgemeinzustand in ausgesprochen günstigem Sinne. Von der spezifischen Behandlung mit Heilserum ist bei Anwendung der Pyozyanase in keinem Falle abzusehen. Als Adjuvans erscheint die Pyozyanase namentlich in jenen Fällen von Rachendiphtherie angezeigt, in welchen die Rückbildung der Membranen schleppend vor sich geht, und in solchen, wo von Anfang an sogenannte „septische“ Zustände vorliegen. Einige Vorsicht bei der Pyozyanasebehandlung ist notwendig bei Kindern, die den Ueberschuß der versprayten Lösung auszuspucken nicht erlernen.

Mergalbehandlung der Syphilis.

Nach Boß ist das Mergal angezeigt bei allen Formen von Syphilis, seien sie sekundärer oder tertiärer Art. Nur da, wo sich die Syphilis durch schwere oder direkt lebensgefährliche Symptome äußert, wie Gehirn- oder Rückenmarkssyphilis, Apoplexien, Syphilis der Augen etc., wird man mehr energisch wirkende Kuren vorziehen. Es eignet sich vorzüglich zur chronisch-intermittierenden Behandlung im Sinne Fournier-Neißers. Ohne Zweifel ist der beste Schutz gegen die schweren Späterscheinungen eine häufige Behandlung der Syphilis. Am bequemsten erreicht man dieses Ziel mit Mergal. Mergal ist zu empfehlen bei den sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen, also bei der Tabes und der Paralyse.

Mergal ist ein gutes inneres Antiluetikum, das auf das syphilitische Virus in gleicher Weise einwirkt wie eine Inunktions- oder Injektionskur.

Es wird vom Verdaungsapparat gut vertragen, erzeugt keine Koliken, bezw. Durchfälle und keine Nierenreizung und kann demgemäß monatelang ohne Nachteil genommen werden. Aus der spezifischen Mergalkur geht der Patient nicht geschwächt, sondern gekräftigt und frei von Erscheinungen hervor.

Die Mergalkur ist von allen Behandlungsmethoden die einfachste, bequemste und angenehmste. Sie stört den Patienten nicht in seinem Berufe, verursacht ihm keine Belästigungen, keine Schmerzen und, was sehr wichtig ist, sie läßt sich überall diskret durchführen. — (Med. Klinik 1907.)

Hellmuth gelangt zu folgenden Schlüssen über den Wert des Mergal:

Das Mergal ist ein gutes, inneres Antiluetikum, das die syphilitischen Erscheinungen in gleicher Weise zum Schwinden bringt, wie eine Inunktionskur oder Injektionskur mit löslichen Hg-Salzen. Der Verdauungskanal wird vom Mergal viel weniger gereizt als durch die anderen inneren Hg-Präparate; Koliken und Durchfälle lassen sich bei vorsichtiger Anwendung des Mergals und zweckmäßiger Diät fast immer vermeiden. Die Mergalkur hat vor den anderen Behandlungsmethoden den Vorzug, daß sie ohne Berufsstörung und in diskreter Form durchgeführt werden kann. — (Wien. med. Presse, Nr. 28, 1907.)

Ueber die interne Behandlung der Syphilis mit Mergal berichtet ferner H. Kanitz: Das Mergal wirkt nach

diesem Autor sicher und intensiv auf die verschiedenen Erscheinungen der Syphilis. Die therapeutische Wirksamkeit dieses gediegenen Antisyphilitikums erhellt aus der Tatsache, daß es nicht nur die einfachen und mehr typisch verlaufenden Frühformen der Syphilis, sondern auch die schweren und widerstandsfähigen Krankheitserscheinungen des sekundären Stadiums rasch und sicher beseitigt. Die Verwendung des Mergals ist in der Regel von keinen schweren Komplikationen und Nebenerscheinungen begleitet. Besonders sei hervorgehoben, daß es schwere, die weitere innerliche Verabreichung des Merkurs behindernde Darmläsionen und damit im Zusammenhang stehende Koliken und Durchfälle gewöhnlich nicht hervorruft. — Die Behandlung mit Mergal ist einfach, schmerzlos, bequem, stört weder Lebensweise noch Beruf des Patienten und ist endlich überall diskret durchführbar. — (Derm. Zeitschr., II. 7, 1907.)

Zur Behandlung der Gonorrhoea masculina.

In einer zusammenfassenden Darstellung der modernen Gonorrhöetherapie räumt Stock der inneren Behandlung eine hervorragende Stelle ein. Dies entspricht dem Standpunkt, der in der neueren Literatur allgemein zur Geltung kommt. Als gegen die rein lokale Therapie sprechende Gründe führt Vf. in erster Linie ihre so häufig für Arzt und Kranken unbefriedigenden Erfolge und die Unmöglichkeit der dauernden Durchführung bei Komplikationen an. Unter den für den inneren Gebrauch in Betracht kommenden Mitteln, von denen die gebräuchlichsten besprochen werden, hat sich das Arhovin (chemisches Institut Dr. Horowitz-Berlin) als besonders wertvoll erwiesen, da es frei ist von den unangenehmen Nebenwirkungen der Balsamika. Dabei hat es noch den Vorzug, daß es gleichzeitig in öliger Lösung als reizloses, wirksames Injektionsmittel Verwendung finden kann. Die innere Arhovinmedikation ist, nach den Darlegungen des Vfs., bei akuter Urethritis anterior vor allem dann allein am Platze, wenn heftige Entzündung, Schmerzen beim Urinlassen und Schwellung der Harnröhrenmündung bestehen; Vf. hat davon gute Wirkungen gesehen. Sodann bietet die innere Behandlung „einen vollkommenen Ersatz der spezifischen Arzneien", wenn Komplikationen eintreten: Nebenhodenentzündung, Blasenkatarrhe, bezw. aufsteigende Entzündung der Harnwege. Hier bilde Arhovin eine Bereicherung des medizinischen Rüstzeuges gegen die Gonorrhöe. Endlich feiere die interne Arhovinbehandlung noch Triumphe bei der chronischen Gonorrhöe; sie erweise sich hier „nicht selten überraschend wirkungsvoll". Nach Stock beruht die Wirksamkeit des Arhovins auf seinen desinfizierenden Eigenschaften.

Zur lokalen Behandlung schreitet Vf. bei akuter Gonorrhöe erst nach dem Abnehmen der Entzündungserscheinungen. Arhovin kommt hiezu in 2—5%iger öliger Lösung zur Anwendung. Auch bei Beteiligung der ganzen Harnröhre hat sich das Mittel bewährt. Besonderen Erfolg haben mit Arhovin (0·05) bereitete Schmelzbougies, die mehrmals täglich eingeführt werden, bei Strikturen aufzuweisen. — (Medico, Nr. 7, 1907.)

Die Arhovin-Therapie in der Urologie.

Ueber die Arhovintherapie in der Urologie berichtet A. Weiß in Wien. Die Bedeutung des Arhovins für die Behandlung der Gonorrhöe der Harnwege hat von urologischer Seite Anerkennung gefunden. Den Arbeiten, die dem Arhovin vor anderen internen Mitteln den Vorzug geben, reiht sich die vorstehende an. Eine Reihe von Krankengeschichten bringt die therapeutischen Eigenschaften des Arhovins zum Ausdrucke. Was Vf. zunächst bewog, Arhovin in Anwendung zu ziehen, war die absolute Reizlosigkeit des Mittels, das nach dem einstimmigen Urteil aller Autoren trotz mehrwöchigen Gebrauches den Magendarmkanal nicht ungünstig beeinflußt und keine Nierenreizung bedingt. W. schließt sich diesem an. Er empfiehlt



das Arhovin auf Grund seiner Erfahrungen und erklärt, daß es „als Antigonorrhoikum den Balsamizis unbedingt vorzuziehen ist". — (Deutsch. med. Ztg., Nr. 34, 1906.)

3. Rezeptformeln.

Lezithinverordnung bei Kindern.

Rp. Lecithini 5·0
Rad. Althaeae pulv. et
Spir. vini (oder Glyzerin) q. s.
ut f. pil. Nr. L.
Consperge lycopodio.

D. S. Dreimal täglich eine Pille vor den Mahlzeiten zu nehmen. — (Minde.)

Dyspepsie mit Durchfall.

Rp. Aq. Calcariae 80·0
Syr. simpl. ad 100·0

M. D. S. Dreistündlich ein Kinderlöffel voll. — (Mayr.)

Magenblutung.

Rp. Ferripyrin 1·0
Aq. dest. 130·0
Syr. cort. aurant. ad 150·0

M. D. S. Die Hälfte auf einmal zu nehmen, die andere Hälfte nach zwei Stunden. — (Liebreich und Langaard.)

Larynxtuberkulose.

1. Rp. Anaesthesini 20·0
Mentholi 10·0—20·0
Ol. Oliv. 100·0

M. D. S. Zum Inhalieren. Augen und Nasenschleimhaut müssen zum Schutze gegen die reizende Mentholwirkung mit einem Tuch bedeckt werden. — (Kassel.)

2. Rp. Anaesthesini 3·0
Spirit. 45·0
Aq. dest. ad 100·0

M. D. S. Zum Inhalieren. — (v. Noorden.)

Drüsenschwellungen.

Rp. Ammon. chlorat. 5·0
Camphorae 1·0
Lanolini 30·0

M. f. ungt.
D. S. Zum Einreiben. — (Guépin.)

Schlaflosigkeit infolge von Schmerzen.

Rp. Amyleni hydrati 6·0
Morphini hydrochl. 0·02 – 0·03
Aq. dest. 60·0
Extr. Liquir. 10·0

M. D. S. Abends die Hälfte zu nehmen. — (v. Mering.)

Konjunktival-Ekzem.

Rp. Ichthyoli 0·5
Amyli tritic. } āā 10·0
Zinc. oxydat. }
Vaselin. 25·0

M. f. ungt. exacte terendo.
S. Abends in die Augenlider einzureiben und mit Zink-Ichthyol-Salbenmull zu bedecken. — (v. Schlen.)

Landolfische Aetzpaste bei Krebs.

Rp. Auri chlorati }
Zinci chlorati } āā 3·0
Bromi chlorati }
Liq. Stibii chlorati }
Pulv. Rad. Liquir.
q. s. ut. f. pasta mollis.

Die Paste wird messerrückendick auf Leinwand gestrichen und auf die exulzerierten Stellen gelegt; dort bleibt sie liegen, bis sie mit dem abgestorbenen Gewebe abgestoßen wird.

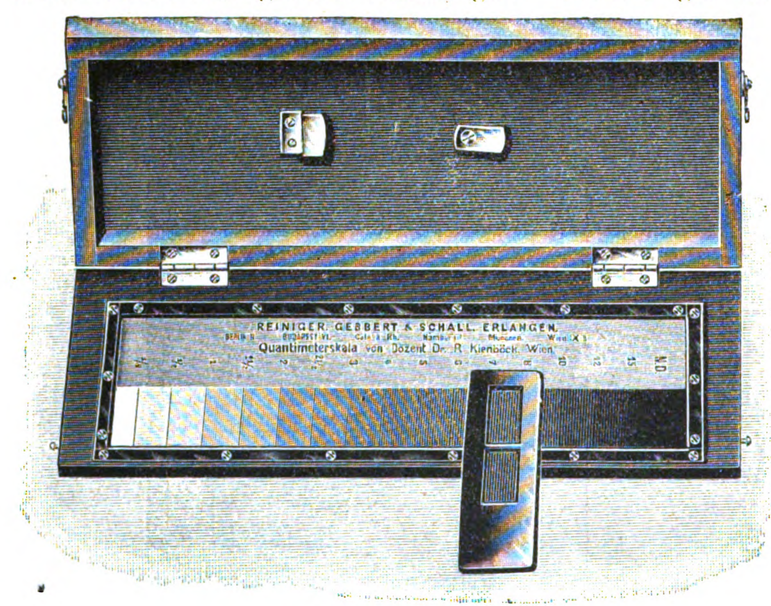
4. Varia.

Ueber ein neues Hilfsmittel bei Röntgen-Bestrahlungen.

Es ist für den Arzt von großer Wichtigkeit, die Röntgen-Lichtmenge festzustellen, welche zur Hervorrufung bestimmter Reaktionen erforderlich ist. Da diese Reaktionen gewöhnlich erst nach mehreren Tagen deutlich hervortreten, so muß nach den ersten Bestrahlungen bereits festgestellt werden können, ob die Bestrahlungszeit und die Strahlungsintensität richtig bemessen waren, um einerseits ein spärliches „Zuviel", anderseits ein unwirksames „Zuwenig" von vornherein zu vermeiden. An Versuchen, derartige Meßvorrichtungen zu schaffen, hat es nicht gefehlt, doch sind von diesen nur die Arbeiten von Holzknecht, sowie von Sabou-

raud und Noire näher bekannt geworden.

Neuerdings hat Kienböck mit einem Instrument eingehende Versuche angestellt und ist dabei zu sehr günstigen Resultaten gelangt, welche eine weitere Verwendung wünschenswert erscheinen lassen. Das Instrument, welches die Bezeichnung „Quantimeter“ führt, wird von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen hergestellt. Es besteht aus zwei Teilen: der Normalskala und den Reagenskörpern. Die Normalskala enthält eine größere Anzahl grau bis schwarz gefärbter Felder. Die einzelnen Färbungen dieser Felder sind durch verschiedene Strahlungsintensitäten hervorgerufen, und zwar so, daß jedes Feld einer bestimmten Röntgen-Lichtmenge entspricht. Die Reagenskörper sind lichtdicht umhüllte Papierstreifen, deren Schichtseite durch Röntgen-Strahlen mehr oder weniger verändert wird. Ein solcher Reagensstreifen wird mit dem Krankheitsherd gleichzeitig der Röntgen-Lichtquelle ausgesetzt. Je nach Röhrenabstand und Röhrencharakter, Strahlungsintensität und Bestrahlungsdauer wird die Schichtseite des Reagensstreifens nach der Entwicklung, welche in dem Zeitraum von einer Minute erfolgt und mit einem Normalentwickler von bestimmter Temperatur und Konzentration vorgenommen wird, eine helle oder dunkle Graufärbung mit einem Felde der Normalskala aufweisen. Wird diese Graufärbung mit einem Felde der Normalskala verglichen, so entspricht die beigefügte Zahl einer bestimmten Röntgen-Lichtmenge, welche während der Bestrahlung in Anwendung kam. Als Einheit gilt dabei diejenige Röntgen-Lichtmenge, welche imstande ist, die Graufärbung des Reagensstreifens soweit hervorzurufen, daß diese mit dem Feld 1 der Normalskala Uebereinstimmung zeigt. Eine Graufärbung des Streifens, welche mit dem Feld 8 der Stromskala übereinstimmt, würde also einer Röntgen-Lichtmenge von acht solchen Einheiten entsprechen. Auf diese Weise ist es möglich, mit dem Kienböckschen Quantimeter genaue und zahlenmäßige Angaben zu erzielen, auch ist die Handhabung des Instruments bei geringer Uebung mit keinen Schwierigkeiten verbunden.



Quantimeterskala.

Zeo-Bäder und -Badextrakte.

Zeo-Bäder werden die aus Natriumbikarbonat und einem Essigsäurepräparat entwickelten Kohlensäurebäder der Firma Kopp & Josef in Berlin W. genannt. Zeo-Badeextrakte sind fertige, in Wasser leicht lösliche Zusätze zur Bereitung der verschiedensten medizinischen Bäder, wie Kamillen-, Fichtennadel-, Kräuter-, Stahlbäder etc. — (Pharm. Post, Nr. 24, 1907.)

Bücher-Anzeigen.*)

Die Schmerzphänomene bei inneren Krankheiten, ihre Pathogenese und Differentialdiagnose. Von R. Schmidt, Wien. Wien und Leipzig 1906. Verlag von W. Braumüller. 332 Seiten.

In weitaus den meisten Fällen sind es Schmerzen, die den Kranken zum Arzt führen, von dem er Linderung und eine Erklärung ihrer Entstehung verlangt. Trotz dieser überragenden Bedeutung der Schmerzphänomene in der Medizin haben sie bis jetzt in der Klinik noch keineswegs die entsprechende Würdigung erfahren. Wenn wir auch natürlich in erster Linie bestrebt sein müssen, nach Möglichkeit auf objektive Ergebnisse unsere Diagnose und unser therapeutisches Vorgehen zu stützen, so lernt bald jeder, der in die Praxis hinaustritt, erkennen, daß in vielen Fällen innerer Erkrankung die objektive Ausbeutung unserer Untersuchung des Patienten oft sehr gering ist und daß wir zur Beurteilung der Sachlage sehr wohl auf die oft mit Unrecht als nebensächlich betrachteten subjektiven Schilderungen der Beschwerden des Patienten angewiesen sind.

Es ist ein unbestreitbares Verdienst des Vfs., in dem vorliegenden Buch uns einen Wegweiser auf diesen manchmal trügerischen Pfaden gegeben zu haben. Er lehrt uns auf Grund reicher eigener Beachtungen, wie eine sorgfältige Anamnese hinsichtlich des Zeitpunkts, der Körperhaltung oder Lage, bei der die Schmerzen sich verstärken oder nachlassen, wie die Prüfung von Schmerzpunkten, wie der Einfluß der Bewegungen Anhaltspunkte für die ursächlichen krankhaften Vorgänge abgeben können.

Erfreulich ist die Betonung der in allen Lehrbüchern stiefmütterlich behandelten, praktisch so wichtigen Myalgien. Eine besonders eingehende Darstellung haben, entsprechend der Bedeutung, die wir dabei häufig den Angaben der Patienten beimessen müssen, die durch die Abdominalorgane ausgelösten Schmerzen gefunden. Viel Beachtenswertes enthält auch der Abschnitt über die Herz-, resp. Gefäßschmerzen.

Ohne dem Wert des Buches Eintrag tun zu wollen, würde Ref. empfehlen, bei einer Neuauflage, um Wiederholungen zu vermeiden und die Lektüre zu erleichtern, den allgemeinen Teil zu kürzen. F. Perutz, München.

Die allgemeine Lehre von den Frakturen und Luxationen, mit besonderer Berücksichtigung des Extensionsverfahrens. Von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. B. Bardenheuer, Köln. Stuttgart 1907. Verlag von Ferdinand Enke. Preis 10 Mark.

In dem Vorwort seines Sr. Exzellenz weiland Prof. v. Bergmann gewidmeten Werkes betont Bardenheuer eingangs, daß er es sich seit 25 Jahren zur Lebensaufgabe gemacht hat, die Resultate auf dem Gebiete der Frakturen durch Vervollkommnung der Behandlung sowohl vom anatomischen als vom funktionellen Standpunkte aus zu bessern, zumal er sich im Beginne seiner Tätigkeit als Leiter der chirurgischen Abteilung zu Köln von der Unzulänglichkeit und Wirkungslosigkeit der früheren Behandlungsweise durch Gipsverbände überzeugt habe. Diese Ueberzeugung bringt Vf. durch sein Werk auch dem Leser bei, und wenn er den Wunsch nach einer Verbesserung des Unterrichtes bezüglich der Frakturen und Luxationen äußert und zu diesem Zwecke namentlich die Gründung eigener Frakturen- etc. Abteilungen an den Kliniken befürwortet, so muß diesen Forderungen nur beigepflichtet werden. Durch diese Vertiefung des Unterrichts, wie sie Vf. hier vorschlägt, könnte mit der Zeit wenigstens die betrübende Tatsache aus der Welt geschafft werden, daß z. B. in einzelnen Gegenden jeder Frakturfall von dem Kurpfuscher behandelt wird.

Von der Brunsschen Statistik über die Häufigkeit der Frakturen ausgehend, erwähnt Vf., daß die Fahrräder und die Automobile die Frequenz der Fraktur steigern und derselben neue Formen geben (Automobilfraktur am Vorderarm), daß auch die Verallgemeinerung des Apfelsinengenusses in den Städten vielfach Veranlassung zur Entstehung von Frakturen der Unterschenkelknochen durch Ausgleiten über Apfelsinenschalen gebe u. s. w. Ein ausführliches Kapitel ist den Ursachen der Frakturen, dem Einflusse der verschiedenen Gewalten auf die Aufhebung der Festigkeit des Knochens, sowie der Mechanik der Entstehung der verschiedenen Bruchformen

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

gewidmet. In einem weiteren Abschnitte werden die Anatomie der Knochenbrüche, die Arten der Knochenverletzungen besprochen und schon hiebei durch erläuternde Textabbildungen auf den Schwerpunkt des ganzen Werkes, die strenge Durchführung exakter Extensionsbehandlung, hingewiesen, speziell auch auf die Federextensionsverbände an den oberen Extremitäten nach den Angaben des Vf. Bei dem Kapitel über das Lageverhältnis der Bruchenden zu einander finden die Dislokationsformen und die Ursachen der Dislokationen eingehende Besprechung. Hiebei wird zum Teile schon die Behandlung berührt und auf die Anwendung der Längs- und Querextension, sowie die Notwendigkeit frühzeitiger funktioneller Behandlung d. h. frühzeitiger, namentlich aktiver gymnastischer Bewegungen hingewiesen. Das anatomische Verhalten der Weichteile, deren Verletzungen mit ihren Konsequenzen und Komplikationen erfahren in einem weiteren Kapitel eine hochinteressante und belehrende Schilderung, insbesondere die ischämische Kontraktur und Muskelentzündung. Die Gelenkfrakturen bespricht B. ebenfalls ausführlich, hier wie auch, sonst überall die anatomischen Verhältnisse besonders berücksichtigend, wie für ihn auch entgegen anderer Autoren Ansichten, die richtige anatomische Heilung ein besonderes Moment für einen einwandfreien Erfolg der Behandlung darstellt. Nach Besprechung der Hindernisse der Reposition wendet sich B. den Abnormitäten des Kallus zu, für welche er — namentlich gilt dies bezüglich des hypertrophischen oder parostalen Kallus — eine nicht sachgemäße Reposition als Ursache beschuldigt. Nach seinen Grundsätzen darf eine richtig behandelte und nachbehandelte Fraktur keinen übermäßigen Kallus aufweisen. Weitere Abschnitte sind den Symptomen der Knochenbrüche, der Theorie der Kallusbildung, mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Entstehung des vorerwähnten parostalen Kallus samt Besprechung der makro-mikroskopischen Vorgänge und Veränderungen bei der Frakturheilung und dem klinischen Verlaufe der Knochenbrüche, gewidmet.

Bei der Behandlung und natürlich schon bei der Aufnahme der Frakturen macht B. von den Röntgen-Strahlen in zwei senkrecht aufeinander stehenden Ebenen ausgedehnten Gebrauch. Eine Narkose nimmt er zur Einrichtung der Frakturen nur selten und unter ganz bestimmten Anzeigen vor. In dem Kapitel über Behandlung bespricht Vf. die Kontentivverbände, von denen er die Gipsverbände, besonders in deren allgemeiner Anwendung, verwirft, ferner die Gipsgehverbände, die Extensionsverbände und die von ihm hiebei erzielten Verbesserungen, insbesondere durch die frühzeitigen, sehr leichten passiven und noch mehr aktiven Bewegungen; er verweist dabei auf „die Technik der Extensionsverbände bei der Behandlung der Frakturen und Luxationen der Extremitäten" von Vf. und Stabsarzt Graeßner, erläutert die Anlegung seiner Oberarmschiene und Ellbogen- und Vorderarmschiene, die dem Verletzten gestatten, außer Bett die Extensionsbehandlung durchzumachen, sowie des weiteren die gymnastische Behandlung.

Im Anschlusse hieran werden in gleicher Weise die Luxationen abgehandelt; hieran schließt sich eine gemeinsame Besprechung der Behandlung der Kontusionen, Distorsionen, intraartikulären Frakturen und der Luxationen, sowie eine summarische Besprechung der Extensionsbehandlung, der Vorzüge der Extensionsbehandlung (insbesondere bezüglich der Möglichkeit steter Kontrolle des Verbandes und der Lage der Bruchenden, der Verhütung übler Zufälle, des Fehlens der Kallushyperproduktion, der günstigen Blutzirkulation u. s. w.). Zum Schluß erörtert Vf. noch die Fehler gegen die Extension sowie die Einwürfe gegen die Extensionsbehandlung. Elf Tafeln von Röntgenaufnahmen, die die Erfolge des Vfs. insbesondere mit dessen Längs- und Querextension samt frühzeitiger gymnastischer Behandlung in höchstem Maße überzeugend darstellen, sind dem Werke noch angefügt. Es ist zu erwarten, daß jeder Leser des Werkes den lebhaften Wunsch hat, selbst aus eigener Anschauung die Methode des Vfs. in dessen Abteilung zu sehen und lernen, um sich von den großen Erfolgen desselben persönlich noch überzeugen zu können. Zum Studium des Werkes dürfte es sich empfehlen, sich ebenfalls mit dem schon zitierten früheren Werke „Ueber die Technik der Extensionsverbände" zu befassen. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Die Serotherapie in der Behandlung des Puerperalfiebers.

Sammelreferat von Dr. **Max Jacoby**, Mannheim.

Nur wenige Monate sind seit den Semmelweis-Feierlichkeiten in Budapest vergangen. Endlich hat man sich gemüßigt gefühlt, dem Manne, der sich die unsterblichsten Verdienste um das Wohl der Menschheit erworben, in seiner Heimatstadt durch Gründung eines Denkmals die gebührende Anerkennung zu zollen. Als Nachklang zu diesen Feierlichkeiten arrangierte das Budapester Aerztekasino im Februar einen Festabend, an dem der zum Andenken Semmelweis' gestiftete prachtvolle Semmelweis-Pokal eingeweiht wurde. Alljährlich soll nun eine Feier zur Wahrung des Andenkens Semmelweis' gehalten werden. Unablässig bis auf den heutigen Tag ist an dem durch Semmelweis begründeten Werke, der Lehre von der Asepsis und Antisepsis, weiter gearbeitet worden und segensreiche Resultate auf allen Gebieten der Medizin erzielt worden. Dank der gewaltigen Fortschritte, die Asepsis und Antisepsis in den letzten Jahrzehnten erfahren haben, ist es auch gelungen, die früher so gewaltige Mortalitäts- und Morbiditätsziffer im Wochenbette wesentlich einzudämmen und der früher so gefürchteten Seuche eine Unzahl von Opfern zu entreißen. So sehr wir aber die bisher gemachten Errungenschaften bezüglich der Verhütung des Puerperalfiebers anerkennen müssen, so müssen wir uns doch eingestehen, daß auch heute noch ein ziemlich großer Prozentsatz von Frauen am Wochenbettfieber erkrankt und mit dem Leben bezahlen muß. Hieran mag es wohl liegen, daß immer wieder und wieder Vorschläge in die Oeffentlichkeit dringen, mit denen man teils durch Maßnahmen in der Schwangerschaft und während der Geburt prophylaktisch auf einen normalen Verlauf des Wochenbettes hinwirken, teils die schon vorhandene Störung in demselben beeinflussen will. Nicht zu verkennen ist bei den heutigen Bestrebungen bei der Behandlung des Wochenbettfiebers eine gewisse Polypragmasie. Ich erinnere an das Vorgehen Zweifels, der in den im Scheidengewölbe liegenden Blutgerinsel eine Hauptquelle für eine Puerperalinfektion sieht und die Beseitigung derselben gleich nach der Geburt anrät; ich erwähne die prophylaktischen Scheidenspülungen Kroemers zur Unschädlichmachung des pathologischen Scheidensekrets und die von russischer Seite, von Sicinsky, empfohlene, äußerst komplizierte Puerperalfieber-Behandlung, die sich aus fünf verschiedenen Momenten zusammensetzt. Fast alle diese Vorschläge sind bei den anderen Autoren einer mehr oder weniger großen Kontroverse begegnet. Sie eignen sich nur für einen Anstaltsbetrieb und haben selbst hier, wenn überhaupt, nur einen verhältnismäßig geringen Nutzen gestiftet; für das Privathaus sind sie unbrauchbar, da sie teils an den Arzt unerfüllbare Anforderungen stellen, teils in der Hand der Hebamme mehr Schaden als Nutzen anrichten würden. Auch die eine Zeitlang vorherrschende Neigung, durch operatives Vorgehen die schädliche Noxe aus dem Körper zu entfernen, hat sich bald wieder gelegt. Sowohl die Unterbindung der Venae hypogastricae wie die Radikaloperation haben besonders wegen der äußerst schwierigen Indikationsstellung sehr schlechte Resultate gezeitigt.

Die Verschiedenartigkeit der Vorschläge und das Suchen nach immer neuen Methoden, eine Wochenbetterkrankung zu verhüten, bezw. diese zu bekämpfen, lassen deutlich erkennen, daß man mit dem bisher Erreichten nicht zufrieden ist. Auf Grund dieser Erkenntnis hat sich wohl eine ganz andere Art der Behand-

lung des Puerperalfiebers herausgebildet, die Serotherapie, die sich zur Aufgabe gemacht hat, die Schutz- und Abwehrvorrichtungen des Körpers gegen die Spaltpilze, die Erreger des Wochenbettfiebers, zu erhöhen und dadurch deren schädlichen Einfluß auf den Gesamtorganismus zu vernichten. Leider ist bis heute die Frage, wie der menschliche Organismus sich der Spaltpilze und deren Produkte erwehrt, noch wenig geklärt; infolgedessen ist es auch schwer zu deuten, wie die Heilsera wirken. Aufgabe dieser Arbeit soll es sein, unter Heranziehung der hauptsächlichsten Arbeiten auf diesem Gebiete, ein Bild des jetzigen Standes dieser Behandlungsart des Puerperalfiebers zu geben.

v. Herff hat in ausführlicher Weise die Grundzüge der Serotherapie beim Puerperalfieber im Winckelschen Handbuch der Geburtshilfe besprochen; ihm seien die Hauptmomente in der Wirkungsweise der Sera entlehnt. Die Heilsera haben zwei Hauptbedingungen zu erfüllen: 1. die Vernichtung der Spaltpilze, 2. die Bindung der Spaltpilzgifte, der Ausscheidunggifte, der Toxine, der Körpergifte der Endotoxine (Proteine). Man muß daher streng unterscheiden zwischen keimtötenden und entgiftenden Seris. Kommt es zu einer Bakteriämie, so sucht zunächst der menschliche Organismus vermöge seiner Schutzwehren sich gegen das weitere Vordringen der Spaltpilze zu schützen. Eine solche schädigende Wirkung auf Spaltpilze übt das Blutserum vermöge seines Salzgehaltes aus. Außerdem werden von Gewebszellen, besonders von solchen im Knochenmark, vielleicht auch von den Wanderzellen, Abwehrstoffe, Alexine, gebildet, denen gleichfalls ein vernichtender Einfluß auf Spaltpilze zukommt. Die Wirkung dieser Stoffe wird bedingt durch zwei Bestandteile der Beize oder Ambozeptor und dem Löser oder Alexin. Der Beize kommt nur eine Vermittlungsrolle zu, sie soll die Umhüllungshaut der Spaltpilze für den Löser durchlässig machen, der dann die Keime zur Auflösung bringt. Die Löser sind von Haus aus im Körper vorhanden oder werden von dem Knochenmark, den Lymphdrüsen, der Milz, wie überhaupt von den blutbildenden Organen ausgeschieden. Aus dem eben Gesagten geht hervor, daß ein Serum, wenn es den Körper im Kampfe gegen die Spaltpilze unterstützen soll, auch dessen Schutzwehren besitzen muß; es muß Beize wie Löser in genügender Menge enthalten. Ein solches Serum gibt es aber zurzeit noch nicht. Die bisher hergestellten Sera enthalten im wesentlichen nur Beizen. Der Vorrat an Lösern im Körper ist gering; er wird rasch erschöpft und nur langsam wieder ergänzt. Geringe Mengen von Spaltpilzen können noch viele Stunden nach ihrer Einverleibung im Tierkörper überwältigt werden, da der Verbrauch an Lösern nur langsam erfolgt und Zeit vorhanden ist, neue Löser zu bilden. Gegen größere Mengen von Keimen erliegt der Körper, weil der Vorrat an Lösern durch die große Zahl der Spaltpilze rasch aufgebraucht wird und keine Zeit vorhanden ist, diesen entsprechend dem großen Bedarf bei den vielen Keimen rasch zu ergänzen. Es folgt daraus, daß ein Heilserum nur wirken kann, wenn der Körper noch über Löser verfügt, da ihm ja durch die Sera nur Beizen zugeführt werden, d. h. also im Beginne der Bakteriämie. Anderseits hat es keinen Zweck, große Mengen von Heilserum bezw. Beizen dem Körper zuzuführen, weil große Mengen von Beizen die geringe Menge von Lösern, die im Körper vorhanden ist, verhindern, sich mit den Spaltpilzen zu vereinigen; mittlere Mengen sind daher vorzuziehen. Während der Löser, der die Keime abtötet, auf alle möglichen Keime wirkt, hat es sich gezeigt, daß ein und die gleiche Beize nicht für jede Spaltpilzart wirksam ist. Da das Kindbettfieber durch das Eindringen der verschiedenartigsten Bakterien hervorgerufen wird, müßten aber auch vielerlei Sera gegen Streptokokken, Staphylokokken, Bacterium coli etc. hergestellt werden; dies ist aber zurzeit noch unmöglich. Die klinische Erfahrung hat ferner gezeigt, daß die Heilsera gegen örtliche Entzündungen der Gebärmutter, des Beckenzellgewebes, des Bauchfelles, gegen Venenentzündungen, gegen Verschleppungsbakteriämie völlig nutzlos

sind; das Wirkungsgebiet ist ausschließlich auf reine einfache Bakteriämie beschränkt. Bevor man eine Behandlung mit Heilsera einleitet, hat eine genaue bakteriologische Untersuchung festzustellen, welche Art von Bakterien das Kindbettfieber erzeugt hat. Die Injektion von Antistreptokokkenserum kann nur Erfolg haben, wenn Streptokokken die Erzeuger der Erkrankung sind. Eine weitere wichtige Vorbedingung für die Wirksamkeit der Sera ist die, daß die durch das Serum dem Organismus zugeführte Beize dem menschlichen Löser voll angepaßt ist. Die erhältlichen Tiersera genügen dieser wichtigen Bedingung gar nicht oder doch nur sehr unvollkommen. Je weiter das Tier vom Menschen entfernt ist, desto weniger Schutz- und Heilwirkung wird ein solches Serum entfalten. Die Herstellung eines Antistreptokokkenserums ist mit großen Schwierigkeiten verbunden, da es sich gezeigt hat, daß die Angriffskraft und die Angriffsfähigkeit der verschiedenen Streptokokkenstämme gegen Mensch und Tier, und bei ersterem auch gegenüber verschiedenen Personen eine ganz ungleichmäßige ist. Aus diesem Grunde sind Sera hergestellt worden, die zugleich gegen mehrere Stämme wirken, die sogenannten mehrwertigen oder polyvalenten Sera. Nach Kolle-Bern werden jetzt in der Praxis hauptsächlich Sera angewandt, die nach den von Marmorek, Aronson oder Tavel angegebenen Verfahren hergestellt sind. Die Hauptunterschiede der einzelnen Präparate bestehen darin, daß entweder ein durch zahlreiche Kaninchenpassagen für Tiere sehr virulent gemachter Streptokokkenstamm (Marmorek) oder daß (Tavel) möglichst viele, aus den verschiedensten Streptokokken-Krankheitsprozessen gezüchtete Kulturen benutzt werden. Es handelt sich bei den ersten beiden Sera um monovalente, bei den an zweiter Stelle genannten aber um die polyvalenten Streptokokkensera, die namentlich Tavel wissenschaftlich vertreten hat. Die Kulturen werden nach Tavels Vorgang ohne Tierpassage weiter gezüchtet. Einen Mittelweg hat Aronson eingeschlagen damit, daß er teils Pferde mit virulenten Passagestämmen und teils andere, mit avirulenten menschlichen Originalstämmen immunisiert und dann die Sera der verschiedenen Pferde mischt. Neuerdings hat Ruppel dies Verfahren noch etwas verbessert dadurch, daß er gleichzeitig jedes mit den Originalstämmen immunisierte Pferd zugleich mit einer virulenten Passagekultur einspritzt, so daß also die von der letzteren erzeugten Antikörper als Indikator für den Gehalt des Serums an Immunitätseinheiten dienen. Ein polyvalentes Serum ist auch von Denys und van der Velde empfohlen worden. Von diesen Forschern wurden für die Immunisierung Streptokokkenstämme aus möglichst alten Streptokokken-Krankheitsprozessen gewonnen und benutzt. Nach den bisherigen therapeutischen Erfahrungen dürfte den polyvalenten Streptokokkenpräparaten unbedingt der Vorzug zu geben sein vor den monovalenten, denn die immunisatorischen Differenzen der einzelnen Streptokokkenstämme sind ganz evident und konstant; dies ergeben auch die von Denys, Aronson und Tavel, neuerdings von Moser und Menzer gesammelten therapeutischen Erfolge beim kranken Menschen. Die beiden letzteren Autoren verwenden zur Herstellung von Antistreptokokkensera Streptokokken von Scharlachfällen. Außer den ebengenannten befinden sich noch Sera im Handel von Petruschky, Fullerton, Burrow and Wellcom Comp., Paltauf, Meier (Merck) und anderen.

Die ersten Versuche, das Puerperalfieber mit Serum zu behandeln, wurden im Anfange der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts gemacht. Marmorek war es, der zuerst die Aufmerksamkeit auf diese Behandlungsart lenkte, indem er sein im Tierexperiment geprüftes und wirksam befundenes Serum empfahl. Savor berichtet 1897 über 16 puerperale Fälle aus der Chrobakschen Klinik, die mit Marmorekschem Serum behandelt waren. In sechs Fällen war es vollkommen wirkungslos, ein zweifelhafter Erfolg ließ sich in fünf Fällen, ein anscheinend günstiger bei fünf Frauen konstatieren. Die Franzosen Bar, Tis-

sier und Wallich haben keine Erfolge zu verzeichnen, während Blumberg aus der Zweifelschen Klinik diesem Serum möglicherweise einen Einfluß glaubt zuschreiben zu können. Ungünstig lauten die Resultate von Queirel, Sommerfeld, Meyer und Petruschky mit dem Marmorekschen Serum.

Zum Teil günstiger sind die Erfahrungen, welche mit dem Tavel- und Aronsonschen Serum gemacht wurden. Diese Sera werden, wie schon vorher erwähnt, dadurch gewonnen, daß man die Tiere mit frischen, lebenden, von den schwersten Erkrankungsprozessen beim Menschen stammenden Streptokokken ohne vorausgegangene Tierpassage immunisierte. Tavel selbst teilt zwei Fälle mit günstigen Erfolgen mit, und Walthard hat mit diesem Serum günstige Resultate beobachtet. Mayer dagegen bezeichnet das Tavelsche Serum als völlig wirkungslos, rühmt aber die Vorzüge des Aronsonschen Serums, dessen Wirksamkeit er im Tierexperiment geradezu überraschend fand. Aehnlich günstig äußert sich Mainzer über das Aronsonsche Serum. Gerade über das letztgenannte Serum liegen in der Literatur eine ganze Reihe von günstigen Beobachtungen vor; dieselben beziehen sich aber immer nur auf vereinzelte Fälle und können deswegen für die Beurteilung der Serumtherapie nicht ausschlaggebend sein. Mit Recht hebt Peham hervor, daß nicht genug davor gewarnt werden kann, bei scheinbar günstigen Erfolgen, besonders bei vereinzelten Krankheitsfällen, ein allzu großes Vertrauen auf die sichere therapeutische Wirkung der Serumbehandlung zu setzen, umsomehr, als uns ja eines auch heute noch bei der Prüfung der Wertigkeit des Serums im Stiche läßt, das ist die Kontrolle durch den Tierversuch.

Seit Beginn des Jahres 1903 wurden an der Klinik Chrobak in Wien Versuche mit dem von Prof. Paltauf im Wiener Seruminstitut erzeugten Antistreptokokkenserum für Puerperalfieber angestellt. Peham faßt die mit dem Serum gemachten Erfahrungen in folgenden Schlußsätzen zusammen: Durch Streptokokkeninfektion veranlaßte Puerperalerkrankungen, selbst schwerster Art, scheinen durch die Verabreichung von Paltaufschem Serum beeinflußt zu werden. Die gemachten Erfahrungen sprechen dafür, daß die Wirkung abhängt von der möglichst frühen Verabreichung verhältnismäßig großer Dosen. Bei lange dauernden Erkrankungen oder bei schon bestehenden schweren Organläsionen ist das Serum wirkungslos; es scheint auch die Weiterentwicklung lokalisierter Herde nicht immer verhindern zu können. Ein schädlicher Einfluß des Serums selbst in den Fällen, die nicht durch Streptokokken verursacht sind, konnte nicht beobachtet werden.

Pehams Material besteht aus 44 Frauen, von denen 13 ad exitum kamen. Es wurden nur solche Fälle der Behandlung mit Serum zugeführt, die eine üble Prognose vermuten ließen. Während zuerst mit der Injektion so lange gewartet wurde, bis das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung den sicheren Nachweis der Streptokokken im Uterussekret oder im Blute geliefert hatte, wurden die späteren Fälle möglichst frühzeitig mit Serum behandelt. Denn es hatte sich gezeigt, daß dieses Abwarten den Wert der Behandlung schon illusorisch mache. Anderseits war jetzt die Folge der Behandlung, daß nicht bloß Fälle, bei denen die Infektion durch Streptokokken erzeugt war, der Serumbehandlung unterzogen wurden, sondern auch Mischinfektionen und solche Puerperalfälle mit andersartigen Erregern. Die Fälle von reiner Streptokokkeninfektion lieferten die besten Resultate; unter diesen befinden sich vier Frauen, bei denen sich sowohl im Uterussekret wie im Blute Streptokokken nachweisen ließen. Sämtliche vier Frauen genasen, trotzdem der Nachweis von im Blute kreisenden Streptokokken stets als prognostisch äußerst ungünstiges Zeichen angesehen wurde. Boldt sieht in dem positiven Blutbefunde eine Kontraindikation gegen jeden operativen Eingriff, da er noch keine Frau mit positivem Blutbefunde retten konnte, während er schwerste Fälle

mit negativem Blutbefunde in Genesung übergehen sah. Bei Mischinfektionen blieb in der Mehrzahl der Fälle jede Wirkung aus.

Den Versuchen der Wiener Klinik schloß sich Ende März des Jahres 1904 die Grazer geburtshilfliche Klinik an. Burkard veröffentlicht die erreichten Resultate, die sich auf ein Material von 50 Fällen beziehen, von welchen 48 puerperalen Ursprungs sind, und die schwersten Puerperalinfektionen darstellen, die an der Klinik zur Beobachtung kamen. Von diesen wurden acht Fälle mit dem Moserschen Scharlachserum, die übrigen 42 mit Paltaufs Streptokokkenserum behandelt. Burkard konnte die von Peham veröffentlichten Erfahrungen im großen und ganzen bestätigen. Auch er glaubt einen scheinbaren Erfolg bei Puerperalerkrankungen gefunden zu haben, die durch reine Streptokokkeninfektion hervorgerufen waren. Unter 29 hiezu gehörigen Fällen befindet sich kein Todesfall. Auch er hebt die möglichst frühzeitige Verabreichung verhältnismäßig großer Dosen hervor. Bei lange dauernden Erkrankungen oder bei schon bestehenden Organläsionen ist das Serum wirkungslos und möglicherweise schädlich. Denn bei solchen Fällen könnte der plötzlich vermehrte Untergang von Leukozyten oder die neuerliche Vergiftung des Körpers mit Bakterienproteinen bei abgeschlossener Eiteransammlung einem ohnedies schon schwer darniderliegenden Organismus möglicherweise den Todesstoß versetzen.

Bumm sieht die Schwierigkeit der Beurteilung des Wertes der Serotherapie einmal in der so überaus großen Variabilität des Puerperalfiebers, dessen Prognose im einzelnen Falle so schwierig zu stellen ist. In Fällen schwerster Art von allgemeiner Sepsis sei allerdings die Prognose nicht zweifelhaft, auch nicht umgekehrt in solchen von lokalisierter Infektion. Dazwischen läge aber die große Anzahl der Fälle, die ein- oder zweimal hohe Temperaturanstiege unter Schüttelfrösten zeigten. Diese gäben gleich den lokalisierten Prozessen zumeist eine Spontanheilung, und würde man hier Serum anwenden, so würde die Heilung oft zu Unrecht der Seruminjektion zugeschrieben werden; man könne bei Beurteilung dieser Fälle nicht skeptisch genug sein. Die Beurteilung der Serumwirkung sei weiterhin erschwert durch die Ungleichheit des gelieferten Serums. Seinen Versuchen liegt hauptsächich das Aronsonsche Serum zugrunde. Er teilt seine Fälle in sieben Unterarten:

1. Die Peritonitis puerperalis septica; trotz großer Serummengen kein Einfluß auf die Temperatur und auf die Anwesenheit bezw. Zahl der Streptokokken im Blute.

2. Fälle von Operationsperitonitis im Anschluß an schwere Eingriffe, wobei es sich um Mischinfektionen handelte. Ebenfalls kein Erfolg.

3. Fälle von reiner Septikämie; in einem von drei Fällen Heilung.

4. Fälle von septischer Endokarditis. Kein Erfolg, eventuell Verschlimmerung.

5. Fälle von reiner Pyämie. Kein Erfolg. Die intravenöse Injektion schien Verschlimmerung zu erzeugen.

6. Para- und Perimetritis grundsätzlich von der Behandlung ausgeschlossen, weil diese lokalisierten Prozesse durch die Naturkraft zur Heilung gelangen.

7. Endometritis streptococcica. In solchen lokalisierten Fällen ist Bumm von der günstigen Wirkung der Seruminjektion überzeugt. In einer großen Anzahl der Fälle hat Bumm ein objektives Merkmal gefunden in der Beschaffenheit des Lochialsekrets, das er weiter zu verfolgen anrät. Während sich im Uterussekret die Streptokokken in langen Ketten zwischen den Eiterkörperchen finden, tritt bei günstiger Einwirkung ein Umschwung, oft kritisch, ein, indem die Ketten kürzer werden und sich nunmehr in den Leukozyten finden. Diese Phagozytose bedeute, daß nunmehr unter dem Einfluß des Serums der Organismus dasjenige zu tun befähigt wurde, was er bei Spontanheilung von selbst zu tun imstande ist und tut. Bei schweren Fällen sei das Serum unwirksam, aber wegen seiner Unschädlichkeit doch zu versuchen. Es nütze nur in großen Dosen.

W a l t h a r d - Bern kommt zu dem Schluß, daß das Antistreptokokkenserum fast keine antitoxischen Eigenschaften besitzt und daher unwirksam ist bei reiner Intoxikation und zu ausgedehnter Infektion. Die Wirkung des Antistreptokokkenserums ist hauptsächlich in einer Stimulierung der antibakteriellen Körperkräfte zur Massenwirkung zu suchen. Da aber diese Massenwirkung nutzlos bleibt, wenn die Summe der Streptokokken die Summe der Antikörper des Organismus übertrifft, so ist bei Anwendung des zurzeit vorhandenen Antistreptokokkenserums ausschließlich im Beginn einer Infektion mit virulenten Streptokokken ein Erfolg zu erwarten. Sein Gebrauch ist ferner anzuraten bei Ausräumung von infizierten Plazentarresten und am Ende der Geburt bei Fieber sub partu.

B u r k h a r d berichtet über acht mit M e n z e r schem Serum behandelte Fälle von Sepsis aus der Würzburger Klinik. Als Gesamtresultat ergibt sich, daß bei acht Erkrankungen zum Teil schwerster Art das Serum siebenmal mit vollem Erfolg angewendet wurde; schon nach einigen Injektionen konnte man eine deutliche Besserung bemerken, die nach Aussetzen des Mittels bei einzelnen wieder verschwand, um bei Fortsetzung der Injektionen von neuem aufzutreten. In einem Falle war das Serum nutzlos. Wenn man auch bei den genesenen Fällen nicht mit absoluter Sicherheit sagen kann, daß gerade das Serum die Heilung bewirkt hat, so hat Vf. doch bei der Beobachtung den Eindruck gewonnen, daß das Serum einen spezifischen Einfluß auf den Krankheitsprozeß ausgeübt hat. Er wird daher zukünftig, zumal in Anbetracht der Unschädlichkeit des Mittels, bei allen schweren Erkrankungen an Puerperalfieber wenigstens einen Versuch mit dem Serum vornehmen.

Es ist überflüssig, auf die weiteren Berichte über die Serumbehandlung des Puerperalfiebers einzugehen, da sich die Resultate der betreffenden Autoren mit den eben skizzierten zum größten Teile decken. Zum Teil sind es Schilderungen einzelner Krankheitsfälle, die ja, wie schon vorher erwähnt, für die Beurteilung des Wertes der Serotherapie nicht in die Wagschale fallen.

Noch einige Worte über die Ausführung der Seruminjektion. Von den meisten Autoren wurde die Injektion an der Innenfläche beider Oberschenkel vorgenommen. Nach genauester Desinfektion nach streng chirurgischen Regeln wurde eine Kanüle ins subkutane Gewebe eingestochen und in jeden Oberschenkel 50 cm³ Serum auf einmal injiziert. Am besten eignen sich Apparate nach Art einer Spritzflasche, welche mit einem Gebläse armiert sind. Dieselben haben den Vorteil, daß die Originalflaschen mittels dieses Apparats verwendet werden können, man sich so das Umfüllen des Serums erspart, und daß man damit der Spritzen, die durch das Auskochen leiden, entbehren kann. Als Injektionsstelle ist ferner die Infraklavikulargrube benutzt worden. B u m m führt die Injektion intravenös aus. Während anfangs stets kleine Serumdosen injiziert wurden, z. B. M a r m o r e k 10·0—20·0 cm³, heben später alle Autoren hervor, daß für die Erzielung einer Wirkung die Anwendung großer Dosen notwendig ist. In der Regel wurden 100 cm³ auf einmal injiziert. Nach H e r f f hängt die Menge, die eingespritzt werden soll, von der Art der Sera und ihrer Wirksamkeit ab. Als Richtschnur gibt er für die verschiedenen Sera folgende Zahlen an. Es sind von dem heutigen A r o n s o n schen (1906) und P a l t a u f schen Serum etwa 100 cm³, von dem T a v e l schen Serum 50 cm³ und mehr einzuspritzen. Von den Sera nach M o s e r sind 30—180 cm³, nach M e y e r (M e r c k) 10—30 cm³, nach M a r m o r e k 5—120 cm³, nach F u l l e r t o n 20 cm³, von amerikanischem Serum 20 cm³ 3—4stündlich anzuwenden.

Die Wirkung des Serums zeigte sich in einer Reihe von Fällen in einem plötzlichen Abfall der Temperatur, dem oft noch ein ein- oder zweimaliger Wiederanstieg, und zwar gleichzeitig mit dem Auftreten eines Erythems folgt. In anderen Fällen gehen Puls und Temperatur langsam herunter, allerdings mit gleichzeitigem Eintritt einer bedeutenden sub-

jektiven Besserung. Ist eine Heilwirkung einmal eingetreten, so hält sie oft nur kurze Zeit an, daher müssen die Einspritzungen wiederholt werden.

Seit der ersten Anwendung der Heilsera sind über zehn Jahre vergangen; irgend ein abschließendes Urteil über den Wert dieser Behandlungsart, das sich allgemeiner Anerkennung erfreut, hat sich nicht gebildet. Die Vielgestaltigkeit der Aeußerungen des Kindbettfiebers, die plötzlichen Wendungen zur Heilung, die vollständig unvorhergesehen eintreten und ganz gewöhnliche Erscheinungen sind, erschweren die Beurteilung des Wertes der Serumtherapie ganz außerordentlich. Immerhin darf bei dem Erreichten nicht stehen geblieben werden. Verbesserungen der Heilsera sind zweifellos möglich, so daß einer Zukunft wohl vorbehalten sein wird, ein wirklich zuverlässiges Heilserum darzustellen. Ueberblicken wir die bisher erzielten Resultate der Serotherapie beim Puerperalfieber, so können wir wohl mit Herff zusammenfassend schließen: In der bei weitem überwiegenden Mehrzahl aller Fälle haben die Heilsera, gleichgiltig welcher Abkunft, auch das so sehr empfohlene Aronsonsche Serum, keine besseren Ergebnisse, als irgend eine andere Behandlungsmethode aufzuweisen. Der Wert der gegenwärtigen Heilsera ist zweifellos sehr beschränkt. Ein wirklicher Erfolg hängt zurzeit vielfach vom Zufalle oder dem guten Glücke des einzelnen, rechtzeitig zu kommen, ab.

Literatur.

1. P. Zweifel, Ueber die Verhütung der Fieberfälle im Wochenbett. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28, 1904. — 2. Kroemer, Die Prophylaxe der Wochenbettmorbidität in der Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. August 1904. — 3. Sicinsky, Die Behandlung der septischen Wochenbetterkrankungen in der Gebärmutterhöhle. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Ergänzungsheft Bd. 20. — 4. O. v. Herff, Das Kindbettfieber. Handb. der Geburtshilfe von F. v. Winckel. — 5. Kolle (Bern), Die Serumtherapie der akuten Infektionskrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16 u. 17, 1907. — 6. Menzer, Das Antistreptokokkenserum und seine Anwendung beim Menschen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 25 u. 26, 1903. — 7. Petruschky, Zeitschr. f. Hygiene, 1896. — 8. Fullerton, The Lancet, 1904. — 9. Meyer, Münch. med. Wochenschr. 1904, S. 856. — 10. Marmorek, Comptes rendus de la soc. de biologie und Wien. med. Wochenschr. Nr. 31, 1895. — 11. Sauer, Berichte aus der II. geb. u. gyn. Klinik. Wien, Hölder 1897. — 12. Bar und Tissier, L'obstétrique 1896. — 13. Wallich, Annales de gyn. et d'obstétrique. Tons. 48, 1897 Ref. Frommels Jahresber. 1897. — 14. Blumberg, Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5 u. 6, 1901. — 15. Queirel, Annales de gyn. et d'obstétrique. Tons. 49, 1898, p. 392. — 16. Sommerfeld, Zentralbl. f. Bakteriologie, Bd. 33, Nr. 9. — 17. Meyer, Deutsch. med. Wochenschr. 1902, Nr. 16, Vereinsbeilage. — 18. Tavel, Klin. therap. Wochenschr. 1902, S. 959. — 19. Walthard, Deutsch. med. Wochenschr. 1903, S. 950. — 20. Mayer, Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 16, 1903. — 21. Mainzer, ibidem, Nr. 50, 1903 — 22. Peham, Ueber Serumbehandlung beim Puerperalfieber, Arch. f. Gyn. Bd. 79, H. 1. — 23. Boldt, Med. Record 1902, Vol 61, p. 636, Ref. Frommels Jahresber. 1902, S. 989. — 24. Burkard, Ueber die Serumbehandlung des Wochenbettfiebers mit Paltaufschem Streptokokkenserum, Arch. f. Gyn. Bd. 79, H. 3. — 25. Bumm, Vortrag in der Berl. med. Ges. Sitzung vom 15. Juni 1904 Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 25, 1904. — 26. Walthard, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Nr. 51. 1904. — 27. Burkhard, ibidem, Bd. 53.

Finsens Hämatin-Albumin.

Von Dr. **Max Weißbart**, München.

Die erste Publikation über das von dem bekannten dänischen Gelehrten Professor Niels R. Finsen zunächst nur zum Gebrauche in seiner Familie dargestellte Hämatin-Albumin stammt aus dem Jahre 1894. Das Präparat besteht ausschließlich aus den eisenhältigen Eiweißstoffen des Ochsenblutes, das aufs sorgfältigste von den übrigen Stoffen (Extraktivstoffe, Salze etc.) gereinigt und ausgewaschen worden, ohne jeden Zusatz. Es bildet so ein feines, schokoladefarbenes



Pulver von absoluter Haltbarkeit, fast ohne Geruch und ohne Geschmack.

Finsen will es überall da verwendet wissen, wo Indikation für Eisenpräparate gegeben ist. Wie erwähnt, gab Finsen, der selbst praktisch nicht tätig war, sein Präparat in der eigenen Familie. Hierüber schreibt er: „Wir brauchen es außerordentlich viel, jedesmal wenn einer in der Familie krank geworden ist und wieder zu Kräften kommen soll; auch für die Kinder, wenn die Wangen keine frische rote Farbe zeigen, selbst ganz klein (1/2 Jahr alt) haben meine Kinder es mit der Milch in der Saugflasche bekommen (1—2 Teelöffel zu 1400 g Milch). Ich selbst benütze es beständig mit gewissen Zwischenräumen, und habe es seit vielen Jahren mit Erfolg benützt.“ Gleichzeitig teilt Oberarzt Halk 40 Fälle von Chlorose, sekundärer Anämie, Neurasthenie und Rekonvaleszenz mit, in denen Hämatin-Albumin mit bestem Erfolge gegeben wurde.

Erst im Jahre 1899 kam das Präparat aus den skandinavischen Ländern nach Deutschland. Fresenius in Wiesbaden stellte die erste Analyse an, deren Resumée folgendes ist:

„Das Hämatin-Albumin stellt ein fast ausschließlich aus Eiweißkörpern bestehendes Präparat dar, wie man es durch Koagulieren von Blut erhält. Es ist staubtrocken und deshalb offenbar leicht und gut haltbar.

Trotzdem es nicht in Wasser löslich ist, ist es als im praktischen Sinne vollkommen verdaulich zu bezeichnen.

Die Bestimmung der einzelnen Mineralbestandteile ergab Werte, die mit den Angaben der Literatur über die Zusammensetzung der Asche koagulierten Blutes übereinstimmen.

Speziell hervorzuheben ist namentlich der hohe Gehalt an offenbar in organischer Verbindung vorhandenem Eisen.

Das Gesamtergebnis der Untersuchung läßt sich dahin zusammenfassen, daß das Hämatin-Albumin ein Präparat von hohem Nährwert und hohem Eisengehalt darstellt, welches ohne unangenehmen Geruch und Geschmack wegen seiner vollkommenen Verdaulichkeit geeignet erscheint, dem Organismus Eiweißkörper und Eisen zuzuführen, um so in hohem Grade ernährend und speziell blutbildend zu wirken.“

In einer zweiten, höchst interessanten vergleichenden Analyse von Eiweiß-Eisenpräparaten aus dem Freseniusschen Laboratorium vom Jahre 1904 wird ausgeführt, daß Hämatin-Albumin im Vergleiche zu zwei anderen festen derartigen Präparaten (Koberts Hämogallol und das allerdings nicht einheitliche Dahmensche Hämalbumin) reicher an Eiweiß- und organisch gebundenem Eisen ist, und alle drei noch reicher als die extraktförmigen oder flüssigen Präparate, wie das relativ sehr arme Perdynamin, das Dynamogen, Hämatogen, Eubiose u. s. w. In Krewels Sanguinalpillen, die auch mit zum Vergleiche herangezogen wurden, zeigte sich das Eisen großenteils — wenn nicht alles — nicht in organischer Bindung und der Gehalt an Eiweißkörpern relativ nur sehr gering.

In der gleichen Analyse findet sich eine Tabelle der Preise der Eiweiß-Eisenpräparate unter Angabe, wie teuer das Hämoglobin respektive das Eisen in diesen Präparaten bezahlt wird, wenn der Gesamtpreis lediglich als für Hämoglobin respektive Eisen giltig betrachtet wird. Danach kosten 100 g Hämoglobin bei Krewels Sanguinalpastillen Mk. 77·70, beim Hommelschen Hämatogen Mk. 6·69, beim Perdynamin Mk. 24·69 und beim Finsenschen Hämatin-Albumin nur Mk. 2·74, während sich der Preis eines Gramms Eisen bei diesen Präparaten auf Mk. 12·76 (Sanguinalpillen), Mk. 19·01 (Hämatogen), Mk. 41·49 (Perdynamin) und nur Mk. 7·26 beim Hämatin-Albumin beläuft.

Zu den gleichen Resultaten über die Wertbestimmung des Hämatin-Albumin kam das Chemische Institut von Dr. Lebbin und Dr. Breslauer in Berlin.

Zu diesen Laboratoriumsversuchen gesellte sich auch die klinische Erfahrung. Zunächst die bereits zitierten Fälle von Halk. Ihnen folgte in der „Zeitschr. f. diätetische und physikalische Therapie" (1904/05, Bd. VIII) eine klinisch-therapeutische Untersuchung über das Hämatin-Albumin der Doktoren Jacobaeus und Orum in Kopenhagen. Sie haben bei Darreichung des Medikaments genaue Stoffwechseluntersuchungen und Blutkörperchenzählungen vorgenommen; dabei stellte sich heraus, daß die Ausnützung von Hämatin-Albumin eine vorzügliche war. Seine Anwendung in über 100 Fällen berechtigte die beiden Autoren, zu erklären, daß das Präparat indiziert ist bei allen Schwächezuständen, wo man erwarten dürfte, daß eine intensive Ernährung Besserung bringen wird, während gleichzeitig die geschwächte Verdauungstätigkeit es schwierig oder bedenklich macht, dem Patienten großen Mengen von den natürlichen Nahrungsmitteln zuzuführen.

Sehr bemerkenswert sind die Resultate der experimentellen Untersuchungen Orums, die die vergleichende Bedeutung der organischen und der unorganischen Eisenverbindungen für die Blutregeneration zum Ziele hatten: Hämatin-Albumin und Ferratin einerseits, Ferrum sulfuricum und Ferrum lacticum anderseits. Es zeigte sich, daß die Hämoglobinmenge in einem eisenarmen Organismus am schnellsten beim Gebrauche organischer Eisenverbindungen restituiert wurde, und daß Hämatin-Albumin in dieser Hinsicht dem Ferratin überlegen war.

Sowohl organische wie unorganische Eisenpräparate werden resorbiert. Die unorganischen werden hauptsächlich in der Leber zurückgehalten, während eines der geprüften organischen Präparate, Hämatin-Albumin, im Knochenmark und in der Milz zurückbleibt.

Nach all diesen günstigen Urteilen über Hämatin-Albumin nahm ich das Mittel in die Praxis auf und habe es während der letzten drei Jahre in mehr als 50 Fällen gegeben. Es sind einfache klinische Beobachtungen, die ich gemacht habe; sie sind aber so in die Augen springend gute, daß ich glaube, auf Grund derselben ein Urteil über Hämatin-Albumin abgeben zu dürfen. Die klinisch-therapeutischen Versuche anderer habe ich als richtig vorausgesetzt und selbst von einer Blutkörperchenzählung in meinen Fällen abgesehen. Die bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens meiner Patienten war für die Güte des Mittels ausschlaggebend; dazu kam in einzelnen Fällen eine oft beträchtliche Körpergewichtszunahme.

Verordnet habe ich Hämatin-Albumin bei allen jenen Kranken, bei welchen ich eine Kräftigung des Organismus wünschte, so vor allem in der Rekonvaleszenz. Auch da, wo der Appetit darniederlag, ließ ich das Mittel von vornherein, selbst bei Verdacht auf Ulcus ventriculi, täglich nehmen und konnte bald eine ganz bedeutende Hebung des Appetits wahrnehmen. Dies veranlaßte mich, Hämatin-Albumin auch allen jenen an verminderter Eßlust Leidenden zu geben, um den Appetit zu steigern; namentlich in allen Fällen von Chlorose und sekundärer Anämie hat das Medikament vorzügliche Dienste geleistet. Der Appetit wuchs, das Körpergewicht stieg an, das Aussehen der Patienten wurde mit jeder Woche ein frischeres und gesunderes.

In einigen Fällen, wo jedwede anatomische Veränderung im Organismus fehlte und ich nur eine Gewichtszunahme des Betreffenden wünschte, verordnete ich das Hämatin-Albumin mit dem Erfolge, daß die Gesunden ganz gehörig zunahmen.

Seiner leichten Verdaulichkeit und guten Assimilierbarkeit wegen gab ich das Präparat anämischen Kindern, und ich muß sagen, daß ich gerade in diesen Fällen mit die schönsten Resultate erzielte. Dabei ließ sich niemals irgendwelche Nebenwirkung nachweisen. Die Kinder nahmen die „Schokoladetabletten" sehr gerne; kein Fall ist mir erinnerlich, wo das Medikament weggewiesen wurde. Man darf — auch erwachsenen Patienten gegenüber — nur nichts darüber verlauten

lassen, daß das Präparat aus Ochsenblut gefertigt wird.

Das Hämatin-Albumin wird von der chemischen Fabrik Feustell Nachflg. in Altona-Bahrenfeld hergestellt, und zwar in Pulverform, und so oder als komprimierte Tabletten in den Handel gebracht. Ich habe stets letztere Form verordnet, weil Tabletten angenehmer zu nehmen und leichter zu dosieren sind. Was die Dosis betrifft, habe ich bei Kindern in — alle drei Tage — steigender Weise täglich dreimal 2—8 Tabletten, bei Erwachsenen — gleichfalls alle drei Tage steigend — dreimal täglich 3—12 Tabletten nehmen lassen, etwa eine halbe Stunde nach dem Essen mit oder ohne etwas Wasser oder einem anderen, nicht alkoholischen Getränk. Wird Hämatin-Albumin in Pulverform gegeben, so dürfte für Kinder dreimal täglich $^1/_4$—$^3/_4$ Teelöffel, für Erwachsene täglich dreimal $^3/_4$—$1^1/_2$ Teelöffel entsprechend sein. Doch ist diese Form des Medikaments, falls man in steigender Dosis verordnen will, weit unbequemer, und viel schwieriger ist die Dosierung zu bemessen. Der Gebrauch des Präparats kann beliebig lange in der erreichten Maximaldosis fortgesetzt werden.

REFERATE.

Innere Medizin.

Darm.

1. **Atropin bei Ileus.** Von C. Schulz, Brest-Litowsk. Ref. Eugen Binswanger, München.
2. **Weitere Erfahrungen über die Wirkung der subkutanen Injektion von Physostigmin zur Anregung der Peristaltik.** Von K. Vogel, Dortmund. Ref. Eugen Binswanger, München.
3. **Ueber die Beeinflussung der Darmflora durch Yoghurt.** Von Löbel, Dresden. Ref. Einstein, Stuttgart.
4. **Beitrag zur Trichocephaliasis.** Von Regina Kahane. Ref. Fritz Loeb, München.
5. **Ueber Indikan.** Von M. Landolfi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Schulz widmet den Atropininjektionen beim Ileus eine sehr ausführliche Darstellung auf Grund von 35 selbst beobachteten Fällen und von Erfahrungen an seiner eigenen Person. Letzterer Umstand macht seine Ausführungen besonders interessant, da wir ihm eine eingehende Schilderung der bei Atropinanwendung auftretenden subjektiven Symptome verdanken.

Schulzs Erfahrungen gehen dahin, daß jeder Arzt, der in frischen Fällen von akuter Darmimpermeabilität die subkutane Atropininjektion unterläßt, oder wenigstens nicht vor der Operation einen Versuch mit diesem Medikament macht, nach Ansicht Schulzs „eine unverzeihliche Unterlassungssünde begehe“.

Die erstmalige Injektion hat sobald als möglich zu erfolgen und beträgt nach Sch. beim Erwachsenen 0·002 g (bei Kindern 0·0005 g). Um den möglicherweise auftretenden Vergiftungserscheinungen — hauptsächlich Delirien — entgegenzuwirken, wird vor der ersten Atropingabe 0·0012 g Morphium injiziert. Ist die erste Injektion ohne Erfolg geblieben, so müssen die Injektionen systematisch wiederholt werden, sobald sich der Patient von der vorangegangenen Injektion genügend erholt hat. Als dritte Dosis gibt Sch. gewöhnlich nur mehr 0·001 g. Mehr als dreimal hat er die Atropininjektionen nur in einem einzigen Falle wiederholen müssen. Neben den Injektionen wendet Sch. von den physikalischen Behandlungsmethoden meist Oelklysmen, Magenspülungen und Wärmeflaschen an.

Die Wirkung der Atropininjektionen schildert Sch. als eine überaus wohltätige, auch abgesehen von dem günstigen Effekt der Ileusbehandlung selbst. Als erste Wirkung macht sich ein alsbaldiges Verschwinden des Erbrechens bemerkbar, alsdann Verringerung oder vollständiges Schwinden der Leibschmerzen, und schließlich stellt sich

meist auch Schlaf ein. Trotz der Atropinbehandlung rät Sch., den Kranken, wenn dies möglich, in ein Spital zu überführen, um eine möglicherweise doch nötige Operation dort ausführen zu können.

Bei eventuell hochgradigen Vergiftungserscheinungen nach der Injektion ist Morphium als geeignetstes Gegengift zu verordnen.

Nicht unwichtig erscheint endlich der Rat Vfs., den Patienten nach erfolgter Defäkation keineswegs als vollständig geheilt zu betrachten, sondern noch eine Zeitlang zu überwachen, da infolge der andauernden Ernährungsstörungen der Darmwand nachträglich eine Perforation derselben eintreten kann. — (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 17, H. 5.)

2. Die mitunter nach Laparotomien sich ausbildenden Adhäsionen des Peritoneums können zu den schwersten Komplikationen führen. Eines der wichtigsten Hilfsmittel zur Verhinderung solcher Verwachsungen ist zweifellos die möglichst frühzeitige Anregung der Peristaltik, damit die Intestina in einem steten Lagewechsel erhalten werden und so keine Zeit haben, miteinander zu verkleben.

Die Hauptschwierigkeit liegt nun darin, daß die Verabfolgung von Abführmitteln per os aus leicht begreiflichen Gründen in der ersten Zeit nach der Operation, respektive Narkose, hier versagen. Der gegebene Weg ist daher der subkutane, und zwar hat sich Vogel zu diesem Zweck das Physostigmin. salicyl. am besten bewährt. Er gibt gewöhnlich 1 mg (!) Physostigmin, und nach einer Stunde ein Glyzerinklysma und wiederholt beides — wenn die Wirkung ungenügend — nach 5—6 Stunden. Seine Erfahrungen mit dieser Methode sind sehr befriedigende: mehrere Krankengeschichten belegen es, und Fälle von postoperativem Ileus hat er bei dieser Behandlung nicht mehr gesehen.

Als weiteres wichtiges Wirkungsfeld dieser Physostigmininjektionen schildert Vogel jene Form von hartnäckigem Meteorismus, welche im Anschluß an Kontusionen des Rumpfes, speziell des Bauches, auftritt. Die Peristaltik wird durch derartige shokartig wirkende Traumen oft außerordentlich gestört, ohne daß nennenswerte anatomische Veränderungen am Darm zu finden wären. Die Anwendung von Abführmitteln per os oder Einlauf per anum ist meist unmöglich durch den starken Brechreiz, die Schmerzhaftigkeit jeder Bewegung infolge eventuell gleichzeitig vorhandener Knochenbrüche, Weichteilverletzungen etc. Durch den oft starken Meteorismus werden die Patienten auch subjektiv äußerst belästigt. Auch in solchen Fällen hat sich Vogel das Physostigmin, kombiniert mit Glyzerinklysma, vortrefflich bewährt, wie er überhaupt gerade die Fälle von paralytischem Ileus für die Physostigminbehandlung als besonders geeignet hält. — (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 17, H. 5.)

3. Yoghurt ist eine in den Balkanländern bekannte Sauermilch, welche mittels des Ferments Maya, einer Reinkultur des Bac. lact. aërog., hergestellt wird. Dr. Trainer, Berlin, hat nun Yoghurttabletten hergestellt, welche es ermöglichen, dem Darm große Mengen des Bact. lact. aërog. zuzuführen. Diese Zufuhr wird besonders in solchen Fällen wichtig sein, wo das Bact. coli commune im Darm in dominierenden Mengen vorhanden ist und zu Krankheitserscheinungen geführt hat. Solche Affektionen sind: Dünndarmdyspepsie, Cholezystitis, Cholangitis, Appendizitis, Dysenterie, Kolizystitis, Pyelitis etc.)

Außer der Verdrängung des schädlichen Kolibazillus leistet Yoghurt aber auch positive therapeutische Arbeit: es produziert aus gleichzeitig eingeführtem Zucker Milchsäure, die antifermentativ und anregend auf die Peristaltik und Sekretion der Verdauungsdrüsen wirkt.

Bei einigen Fällen von chronischem Darmkatarrh und Dyspepsie erzielte Vf. mit den Tabletten, von denen dreimal täglich eine nach dem Essen genommen wurde, guten Erfolg. — (Die Ther. d. Gegenw., Nr. 3, 1907.)

4. R. Kahane gibt einen Ueberblick über die Lehre von der Trichocephaliasis und zeigt, daß dem Erreger dieser Krankheit, der vor zehn Jahren noch als ein

harmloser Parasit angesehen wurde, in der letzten Zeit doch die ihm zukommende Beachtung geschenkt wird. Es hat sich nämlich herausgestellt, daß der Trichocephalus dispar nicht allein mechanische Veränderungen der Darmwand hervorbringt, sondern auch durch Abscheidung eines krankmachenden Giftes (wie Ankylostoma duodenale und Bothriocephalus latus) eine ätiologische Rolle bei der Entstehung von Anämien spielt, die sich durch nichts anderes erklären lassen. Entweder entzieht der Parasit das Hämoglobin direkt aus den Gefäßen der Darmschleimhaut oder er wirkt durch ausgeschiedene Toxine hämolytisch. Vf. beschreibt ausführlich einen sehr charakteristischen Fall. Zu den hervorstechendsten Symptomen der Trichocephaliasis gehören neben der Anämie Diarrhöen, sowie zerebrale und nervöse Störungen. Auch als prädisponierendes Moment für Typhus und Cholera wird Trichocephaliasis beschrieben. Die Therapie ist ziemlich ohnmächtig. In dem beschriebenen Fall war die Verabreichung von Thymol innerlich und als Darmspülung von einigem Erfolg begleitet. — (Korr.-Bl. f. Schw. Aerzte, Nr. 8, 1907.)

5. Die von Landolfi angewendete Methode des Indikannachweises ist folgende: Zu 50 cm³ eines durch Eindampfen oder Verdünnen auf ein spezifisches Gewicht von 1018—1024 gebrachten Urins bringt man 50 Tropfen einer neutralen Bleiazetatlösung, schüttelt, läßt einige Minuten stehen, läßt durch ein doppeltes Filter gehen, fügt zu 5 cm³ des Filtrats 5 cm³ konzentrierte Salzsäure, schüttelt, bringt mit 5 cm³ dieser Mischung 5 cm³ Aqua oxygenata zusammen, schüttelt wieder, fügt 1 cm³ Chloroform hinzu, schüttelt unter Daumenverschluß fünfmal und läßt stehen. Die Farbe des Chloroforms vergleicht man dann mit drei Methylenblaulösungen (Lösung A: 10 cm³ Wasser, 5 Tropfen 1‰iger Methylenblaulösung; Lösung B: 10 cm³ Wasser, 30 Tropfen Methylenblaulösung; Lösung C: 10 cm³ 1‰iger Methylenblaulösung) und bezeichnet je nachdem die Indikanmenge als normal, mäßig, bezw. stark vermehrt. Vf. hat mit dieser Methode 561 Fälle verschiedenster Art untersucht und gibt seine Erfahrungen etwa folgendermaßen wieder: Die Indikanurie für sich allein beweist wenig; im Verein mit anderen Symptomen ist sie dagegen von hohem Wert. Eine langsame und vorübergehende Vermehrung des Indikans hat eine viel geringere diagnostische und prognostische Bedeutung als eine rasche und dauernde. Im Falle einer schweren Erkrankung ist das Auftreten einer Indikanurie von übler Vorbedeutung; ein Heruntergehen der Indikanurie nach langem Bestehen bedeutet demgemäß eine günstigere Prognose. Auch physiologisch kommt eine Indikanurie vor; dann ist sie immer die Folge sehr reichlichen Fleischgenusses. Der Indikannachweis ist auch ein gutes Mittel, zu erkennen, ob Milchdiät gut ertragen wird oder nicht. Ebenso ist die Darreichung von Pankreatin aufzugeben, wenn sie die Indikanausscheidung vermehrt. Indikanurie tritt auf in sehr vielen Fällen von Magendarmstörung, sei es, daß diese von einer Erkrankung des Magendarmkanals oder symptomatisch von anderen Krankheiten herrühren; diese intestinale Indikanurie verringert sich oder verschwindet bei Gebrauch fraktionierter Dosen Kalomel oder mehrtägiger Darreichung von Mandelöl. Vermehrung der Fäulnisprozesse im Darm führt nicht immer zu starker Indikanurie. Man beobachtet sie besonders auch bei Diarrhöen und bei mit Verstopfung abwechselnden Diarrhöen; sie fehlt meist bei habitueller Obstipation. Mäßig vermehrt ist sie bei Darmokklusion und schwindet beim Aufhören dieser. Sie fehlt bei beginnender Lungentuberkulose; im zweiten Stadium ist sie in der Hälfte der Fälle, im dritten Stadium stets vorhanden. In Verbindung mit Uroerythrinurie oder Urobilinurie deutet sie auf partielle Leberinsuffizienz; auch in diesem Falle wirken Kalomel und Mandelöl auf sie ein. Der Nachweis des Fehlens von Indikan kann für die Diagnose einer Pankreaserkrankung in Betracht kommen; besonders kann hier die Untersuchung nach Pankreatindarreichung klärend wirken. Bei Blut- und Stoffwechselkrankheiten findet man auch ohne intestinale Störungen öfter Indikanurie.

Auch bei Eiterungsprozessen ist Indikanurie nicht selten, eine praktisch nicht unwichtige Tatsache bei latentem Herd; in beiden letzten Fällen sind Kalomel und Mandelöl ohne Einfluß. — (La Clin. Med. Ital., Nr. 10, 1906.)

Stoffwechsel.

A. Ernährung:

1. **Die Bedeutung der Eiweiß- und Kohlehydratnahrung.** Von A. Wolff. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Einfluß der verschiedenen Nahrungseiweißarten auf den Stickstoffwechsel bei Nephritis und Karzinom.** Von E. Tedeschi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Beitrag zur Kenntnis des Stickstoff-, Posphor-, Kalk- und Magnesiaumsatzes beim Menschen.** Von E. Gumpert. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Die vegetarische Diät als Volksernährung und als Heilmittel.** Von W. Ebstein, Göttingen. Ref. F. Perutz, München.
5. **Beitrag zur Ernährungstherapie.** Von K. Theimer. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Calodal.** Von v. Boltenstern, Berlin. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Beiträge zur Kaffeefrage.** Von Fritz Loeb, München. Ref. Eugen Binswanger, München.
8. **Ueber die Bedeutung des Kefyr bei vervollkommneter Herstellungsweise.** Von Löbel, Düsseldorf. Ref. F. Perutz, München.
9. **Ueber die Wirkung der Stahlwässer auf den Stoffwechsel.** Von Dr. chem. Ed. van de Weyer und Dr. Wybaud. Ref. Max Jacoby. Mannheim.

B. Gicht:

10. **Ein Fall von Gicht bei einem vierjährigen Kinde.** Von Manfred Fraenkel. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
11. **Gicht und Psychose.** Von E. Mendel. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
12. **Betrachtungen über die Alkalitherapie der Gicht.** Von Falkenstein. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
13. **Der therapeutische Wert des Citarin zur Behandlung der Gicht.** Von E. Weiss. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

C. Fettsucht:

14. **Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Fettsucht.** Von Wlad. Mladéjovský. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
15. **Die Fettleibigkeit in ihrer Beziehung zur Lebensdauer und Todesursache.** Von Br. Moses. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
16. **Ruhe und Muskelarbeit in ihrem Einfluß auf den Erfolg diätetischer Kuren.** Von Friedrich Heinsheimer. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
17. **Der therapeutische Wert künstlicher Nährmittel, insbesondere des Sanatogens.** Von O. v. Boltenstern. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
18. **Ueber Fasten- und Diätkuren.** Von Sinapius (Schloß Sonnenberg). Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
19. **Zur Methodik der Entfettungskuren.** Von Albu. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Unter dem volltönenden Titel: „Die Bedeutung der Eiweiß- und Kohlehydratnahrung“, der die Erwartungen auf den Inhalt des Aufsatzes recht hoch spannt, werden die Vorzüge eines neuen Nährpräparats „Hämoptan“ gerühmt. Dasselbe ist gewiß rationell zusammengesetzt (u. a. 52·19% Eiweiß, 38·97% Kohlehydrate, 1·2% Lezithin); aber ob es derart alle anderen Präparate schlägt, daß es die Einführung unter dem genannten irreführenden Titel rechtfertigt, möchte Referent doch dahingestellt sein lassen. Die Darstellung des Mittels geschieht nach einem von Dr. A. Wolff (dem Verfasser?) zum deutschen Reichspatent angewendeten Verfahren. — (Deutsche Aerzte-Ztg., 1. Okt., 1906.)

2. Tedeschi untersuchte bei Gesunden, Nephritikern und Karzinomkranken den Einfluß der verschiedenen Eiweißarten (Milcheiweiß, Eiereiweiß, Fleischeiweiß und Pflanzeneiweiß) auf die Mengenverhältnisse der verschiedenen Stickstoffraktionen in Urin und Blut. Es zeigten sich ganz wesentliche Verschiedenheiten bei der verschiedenen Kostordnung; das bemerkenswerteste war, daß durchaus nicht alle Nephritiden sich gleich verhielten; man mußte vielmehr in dieser Hinsicht (unabhängig von der anatomischen Form der Nephritis) zwei Gruppen unterscheiden: in der einen ist es bloß das undicht gewordene Nierenfilter, das den Stoffwechsel beeinflußt; in der anderen dagegen liegt eine tiefgehende Veränderung des gesamten Stoff-



wechsels vor. Der Stoffwechsel dieser zweiten Gruppe weicht nicht nur wesentlich von dem der anderen ab, sondern zeigt große Aehnlichkeit mit den bei Karzinomatösen erhobenen Befunden. Zweckmäßig wird man diese Nierenaffektionen als „dyskrasische" von den anderen Formen abtrennen. Das praktisch-diätetische Ergebnis der mühevollen Untersuchungen ist, daß bei diesen dyskrasischen Formen das Pflanzeneiweiß den Vorzug verdient, während Eier-, Milch- und besonders Fleischeiweiß nur in geringer Menge zu geben sind; nur für kurze Zeit ist auch ausschließliche Milchdiät nützlich. Bei den anderen Nephritiden ist Milch für die Dauer der beste Eiweißträger; andere Eiweißarten soll man nur zeitweise in kleinen Mengen erlauben. — (Il Policlinico; Sez. med., Nr. 10 u. 11, 1907.)

3. Gumpert hat an sich zwei umfangreiche Stoffwechselversuche angestellt, in denen der Einfluß der Sanatogenfütterung auf die Stickstoff- und Aschenbilanz festgestellt werden sollte. Im ersten wurde das Sanatogen als Ersatz für Fleisch gegeben, im zweiten wurde es der gewöhnlichen konstanten Kost als Ueberernährung zugelegt. Es ergab sich, daß Sanatogen restlos vom Organismus aufgenommen wird und sich, in der den Bedarf deckenden Menge genommen, am Stoffwechsel beteiligt. Uebersteigt seine Menge den Bedarf, der für das Gleichgewicht genügt, dann tritt bedeutende Vermehrung der lebenswichtigen Substanz und der Eiweißsubstanz des Organismus ein. Dieser Eiweißansatz ist, wie aus den Phosphorbilanzen mit an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit hervorgeht, auch Gewebsansatz, Fleischmast in v. Noordenschem Sinn, Zellmast. (Aber eine Nachperiode fehlt, so daß es nicht sicher ist, ob nicht der Gewinn an Stickstoff bei Weglassen der Sanatogenzulagen wieder verloren ging. Nachdem den Bornsteinschen Versuchen dieser Vorwurf gemacht wurde, hätten neue Versuche ohne Nachperiode nicht mehr angestellt werden dürfen. D. Ref.) Sanatogen bewirkt auch eine bessere Ausnützung der übrigen Nahrung; sein Phosphor wird restlos resorbiert. — Beide Versuche zeigen, daß der Kalk- und Magnesia-Stoffwechsel ein geringer ist, und daß das Bedürfnis des Organismus an diesen Erdalkalien mit kleinen Mengen gedeckt ist. — (Med. Klinik Nr. 41, 1905.)

4. Die Wurzeln des Vegetarismus reichen bis ins graue Altertum. Im XIX. Jahrhundert hat er von neuem von England seinen Ausgangspunkt genommen und in Deutschland durch den Theologen Baltzer Eingang gefunden. Der reine Vegetarismus, d. h. die Ernährung nur mit pflanzlicher Nahrung mit Ausschluß der Milch, Milchprodukte und Eier, birgt die Gefahr der Unterernährung in sich. Die Tatsache, daß ganze Völker aber doch bei dieser Ernährung existieren und gedeihen, führt Vf. auf eine Gewöhnung des Darms an das größere Nahrungsvolumen resp. eine dadurch verursachte bessere Ausnützung zurück. Ist aber erst ein Individuum bei einer anderen Diät aufgewachsen, so ist es fraglich, ob sein Verdauungsapparat sich dem anpassen kann. Ebstein sieht deshalb eine reine Pflanzenkost nicht als die für uns erstrebenswerte Volksnahrung an. Auch die Japaner genießen, wie aus einem mitgeteilten Speisezettel hervorgeht, neben dem Reis, dem Hauptbestandteil ihrer Nahrung, Eier und geräucherte Fische. Der Wert ausschließlicher Pflanzenkost als Heilmittel ist schwer einzuschätzen, weil damit auch Alkoholabstinenz verordnet zu werden pflegt. Vegetarische Ernährung bei der Gicht ist schon im 18. Jahrhundert von Lobb in England empfohlen worden, der bei ihrer Anwendung zugleich eine Abnahme des Körpergewichtes beobachtete. Diese Bemerkungen veranlassen Ebstein, der bei der Gicht wohl eine Einschränkung des Fleisches resp. eine mit Fett und Pflanzeneiweiß angereicherte fleischlose Kost befürwortet, die reine vegetarische Ernährung bei Gichtikern wegen der Gefahr des Eiweißverlustes abzulehnen. Daß Ebstein, dem eigene Erfahrungen über diese Ernährungsweise, ja selbst über die Anwendung der fleischlosen Kost in praxi zu fehlen scheinen, auf Grund dieser aus

dem Jahre 1759 stammenden Beobachtungen die reine Pflanzenkost für den Gichtiker ablehnt, ist befremdlich. Jedenfalls hätten doch hier die Erfahrungen einer Reihe von Aerzten, die mit rein vegetarischer oder lakto-vegetabiler Ernährungsweise gegen diese Stoffwechselstörungen vorgehen, entweder pro oder kontra angeführt werden sollen. Zum mindesten sind sie, wenn auch die Betreffenden nicht auf dem Boden der „Schulmedizin“ stehen, ebenso wertvoll wie ärztliche Mitteilungen aus der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts.

Obwohl sich Ebstein im vorliegenden Aufsatz bloß mit dem Einfluß der rein vegetarischen Ernährung auf die Gicht beschäftigt, kommt er ganz allgemein zum Schluß, daß die rein vegetarische Ernährung als Heilmittel nicht angesehen werden darf, wenn sie auch vorübergehend zu nützen scheint und mit anscheinend gutem Erfolg ertragen wird. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4, 1907.)

5. Theimer berichtet über seine Erfahrungen mit Dr. Klopfer-Glidine. Es ist dies ein aus bestem Pflanzeneiweiß bestehendes Nährpräparat, das bis zu 40 g täglich genommen werden kann, ohne irgend welche Beschwerden hervorzurufen. Es wirkt besonders bei den konsumierenden Krankheiten (Tuberkulose) und bei Neurasthenie, indem es das Nahrungsmitteldefizit mit verhältnismäßig wenig Gramm auszugleichen vermag, da es infolge seiner Ausnützbarkeit und leichten Verdaulichkeit in kompendiöser Form gegeben werden kann, ohne den Magendarmtraktus irgendwie zu belästigen. Die tägliche Menge, die gut und ohne Beschwerden ausgenützt wird, beträgt 25—40 g, das sind also bei dem billigen Preis des Mittels 25—40 Heller. Nur darf es nicht in der Gesamtmenge auf einmal und pur dargeboten werden, sondern in kleinen Dosen, als Kakaoglidin oder als Zusatz zu Milch, Suppen und Saucen. — (Wien. med. Presse, Nr. 47, 1906.)

6. Ein zur subkutanen Ernährung brauchbares Eiweißpräparat muß, wie Boltenstern ausführt, in Wasser ganz löslich, ohne Gerinnung sterilisierbar, bei Injektion nicht allzu schmerzhaft oder zu stärkerer Reaktion führend, assimilierbar und ungiftig sein. Mit großem Nutzen verwendet man hiezu nach dem Vorgange von Credé das Calodal, ein Fleischeiweißpräparat. Es ist leicht löslich in Wasser; die Lösung ist weingelb bis hellbraun, fast geruch- und geschmacklos, schwach alkalisch, koch- und sterilisierbar und lang haltbar. Als Lösungsmittel nimmt man physiologische oder noch schwächere Kochsalzlösung oder destilliertes Wasser. Die Normaldosis ist 5 g Calodal in 50 g Kochsalzwasser, für sich mit Spritze oder in einer Kochsalzinfusion verabreicht. Die Aufsaugung geschieht sehr rasch: in 24—36 Stunden enthält der Harn vermehrte Harnsäure und nicht meßbare Spuren von Eiweiß. Auch von 20 g Calodal hat Credé keine Schädigung gesehen; zweckmäßig wird man aber solche Mengen auf mehrere Einzelportionen verteilen. Das Präparat kommt in Glasröhren in den Handel, die 50 cm^3 der 10%igen Lösung enthalten. — Auch zu Klysmen ist Calodal gut brauchbar; es kann, da es vollständig resorbiert wird und so keine reizenden Rückstände läßt, sehr oft gegeben werden; Zusatz von Traubenzucker ist möglich. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 5, 1906.)

7. Loeb gibt eine übersichtliche Darstellung dessen, was die wissenschaftliche Forschung, besonders der letzten Jahre, über die Kaffeefrage in volkswirtschaftlicher und hygienischer Beziehung an positiven Ergebnissen aufzuweisen hat.

Die nationalökonomische Bedeutung der Kaffeefrage, auf welche Loeb eingangs besonders hinweist, erhellt schon aus dem Werte des importierten Kaffees in Deutschland; derselbe betrug im Jahre 1905 z. B. 145 Millionen Mark. Auch der Verbrauch pro Kopf der Bevölkerung ist ein überraschend hoher; er beträgt in Deutschland zirka $3^1/_3$ kg im Jahre.

Die weitverbreitete Anschauung von der „verdauungsfördernden“ Wirkung des Kaffees ist eine irrtümliche. Einwandfreie Untersuchungen haben vielmehr das Gegenteil ergeben. Ebenso ist die Wirkung starken Kaffees auf das Herz bei

konstantem Genusse eine degenerierende. Das Verbot, Kindern Kaffee zu verabreichen, verdient sicherlich Anerkennung und energische Unterstützung seitens der Aerzte.

Untersuchungen über die Einwirkungen des Kaffees auf das Nervensystem sind ebenfalls sehr zuungunsten dieses Genußmittels ausgefallen und haben bekanntlich zur Aufstellung des Begriffs der „Koffeïnneurasthenie" geführt.

Bezüglich der praktischen Frage des Kaffeersatzes steht Loeb auf Grund der interessanten experimentellen Untersuchungen Koljagos und Hoffmanns auf dem Standpunkte, daß wir im Malzkaffee ein Präparat besitzen, das sehr geeignet ist, als Ersatz für Bohnenkaffee zu gelten, da es mit dem beliebten Kaffeearoma den Nährwert des Malzes vereint, unschädlich und billig ist. — (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 10.)

8. Die Kefyranstalt von O. Mühlradt-Berlin bringt Kefyrpastillen in den Handel, die die Bereitung des für die Ernährung von Lungenkranken und von Magendarmkranken so geschätzten Getränks im häuslichen Betrieb wesentlich erleichtern sollen. Auch werden Kefyrpastillen mit Zusätzen von Arsen, von milchsaurem Eisen und von Duotal (0·2) hergestellt, so daß sich zugleich mit dem Ernährungsmittel eine medikamentöse Beeinflussung erzielen läßt. Speziell mit den Arsenkefyrpastillen war Löbel sehr zufrieden und sah ein rezidivierendes, den ganzen Körper einnehmendes Ekzem unter dieser Behandlung schwinden. Auch die Duotalkefyrpastillen hat er bei Tuberkulose mit gutem Erfolg verwendet. — (Med. Klinik Nr. 19, 1906.)

9. Das Stahlwasser erleichtert die Eiweiß- und Kohlehydratabsorption im Darm beträchtlich. Die Zelltätigkeit in den Geweben, unter der Einwirkung des Mineralwassers, ist vergrößert, was sich in der relativ vermehrten Stickstoffausscheidung und einer verminderten Bildung von Harnsäure zeigt. Durch diese Wirkung erklärt sich der tonische Einfluß bei nervösen und geschwächten, nicht anämischen Patienten. Die Eisenwirkung zeigt sich nach einer bestimmten Frist von ungefähr 12—15 Tagen und erreicht ihr Maximum erst nach längerer Zeit, gewöhnlich mehrere Wochen nach beendigter Behandlung. Während der Kur sind Eiweißstoffe und Kohlehydrate zu verordnen, Fette dagegen, wie Butter u. a., nur in beschränktem Maße, da die Absorption der letzteren erschwert sein wird. — (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther., Nov. 1906.)

10. Fraenkel beobachtete bei einem vierjährigen Knaben typische Gichtanfälle. Anamnestisch waren sie 1½ Jahre zurückzuverfolgen. Im beobachteten Anfall fand sich stark geschwollene rechte große Zehe im Metatarso-Phalangealgelenk, desgleichen Schwellung an der zweiten Zehe. Leicht gerötete Haut, Schmerz bei Druck und Bewegung. Am nächsten Tag waren an der Phalanxbasis zwei Erhabenheiten zu fühlen. Es bestanden leichte Temperaturerhöhungen. Es wurden Arthrosantabletten Nr. I (neue Art, Formaldehyd und Natriumcitrat getrennt zu verabfolgen), dreimal täglich 2, nachher dreimal täglich 1 Tablette, sowie entsprechende Diät gegeben. Einen Monat später noch ein leichter Anfall, seither ½ Jahr frei. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5, 1907.)

11. Mendel faßt die Literatur und seine eigenen Erfahrungen über die Beziehungen zwischen Gicht und Psychose wie folgt zusammen:

1. In sehr seltenen Fällen tritt nach einem schweren, mit Fieber verbundenen Gichtanfall eine akute Psychose auf, welche mit Trübung des Bewußtseins und ausgedehnten Halluziationen einhergeht und klinisch als Delirium hallucinatorium zu bezeichnen ist.

2. In seltenen Fällen ersetzt eine akute Psychose den Gichtanfall und verläuft meist in kurzer Zeit.

3. In äußerst seltenen Beobachtungen zeigt sich, daß ein auftretender Gichtanfall eine Psychose zur Heilung bringt, welche lange, selbst Jahr und Tag unverändert bestanden hat.

4. Das Zusammenvorkommen von einer Psychose mit Gichtanfällen ist ein ungemein seltenes Vorkommnis, und man ist nach den bisher vorliegenden Erfahrun-

gen nicht berechtigt, von einer Gichtpsychose zu sprechen.

Das Wort Griesingers: „Ueber die Entstehung von Seelenstörungen unter dem bestimmenden Einfluß der Gicht läßt sich nichts Positives sagen", besteht auch heute noch zu Recht. — (Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. 89, H. 1—4, 1906.)

12. Falkenstein hat bekanntlich vor einiger Zeit die Lehre aufgestellt, das Wesen der Gicht bestehe in einem meist vererbten Leiden der Salzsäure absondernden Fundusdrüsen des Magens; die Gicht könne daher nur durch Zufuhr der fehlenden Salzsäure geheilt werden. Im Sinne dieser Lehre muß natürlich die herrschende Alkalitherapie der Gicht nicht nur als unnütz, sondern als eine direkte grobe Schädigung des Gichtkranken aufgefaßt werden. Dachte man früher, mit der Darreichung von Alkalien nicht nur die Löslichkeit der Harnsäure zu erhöhen und ihre völlige Bindung im Körper und Urin zu bewirken, sondern auch das Harnsäurezerstörungsvermögen der Gewebe wieder herzustellen, so ist man in der neueren Zeit viel skeptischer geworden und warnt teilweise sogar vor zu reichlicher Anwendung der Alkalien. Dazu kommt, daß die Erfolge der Alkalitherapie durchaus unbefriedigende sind, und daß experimentelle Untersuchungen, besonders von van Loghem, ausgeführt, ergeben, daß künstliche Harnsäuredepots bei Säuredarreichung reaktionslos bleiben, bei Alkaliendarreichung dagegen entzündliche Veränderungen hervorrufen unter Bildung von saurem Natriumurat. Auch theoretische Erwägungen sprechen gegen die Alkalitherapie. Die resorbierten Alkalien bilden in den Geweben mit der Harnsäure unlösliche Verbindungen, denen der Weg durch Niere und Darm verlegt ist, und die daher im Körper sich anhäufen müssen. Es muß daher unser Bestreben sein, den Alkalien den Weg aus dem Körper möglichst zu erleichtern. Da die Alkalien im Harn besonders als Chloride und Phosphate erscheinen, werden wir die Bildung von Chloriden und Phosphaten zu begünstigen haben. Wenn nun die Magensaftdrüsen ungenügend arbeiten, so bleibt das NaCl im Ueberschuß im Blut und wird als solches durch Nieren und Darm leicht ausgeschieden. Wenn aber der Körper das Chlor in seinem Haushalt anderweitig braucht und wegnimmt, so wird das Alkali frei und kann sich mit anderen Säuren, besonders der Harnsäure, zu schwer löslichen, unausscheidbaren Salzen verbinden. Je mehr Alkalien dem Magen zugeführt und je weniger HCl zu ihrer Lösung vorhanden ist, umsomehr anderweitige Verbindungen müssen sie nach der Resorption suchen, und die Harnsäure bindet sich mit besonderer Vorliebe an sie. Demnach ist die Ansicht wohl richtig, daß durch Alkalizufuhr die Harnsäure vollständig gebunden und im Harn vermindert ist, aber zum Verderben des Kranken, der sie als Monoalkaliurat in den Geweben abzulagern gezwungen ist. — Bei der Frage der Schädlichkeit der Kalksalze ist zu berücksichtigen, daß sie vom wachsenden Knochen verbraucht werden; im reiferen Alter bilden sie ebenfalls mit der Harnsäure unlösliche Salze. — Die Zufuhr von HCl bei der Gicht erscheint dennoch Falkenstein nach wie vor als die einzig rationelle Behandlungsmethode. — Deutsche Aerzte-Ztg., Nr. 19 und 20, 1906.)

13. Weiß, der das Citarin in unzähligen Fällen von akuter, subakuter und chronischer Gicht verwendet hat, hat das Mittel hinsichtlich der unangenehmen Nebenwirkungen allen Gichtmitteln weit überlegen gefunden. Auch bezüglich seiner guten Eigenschaften ragt es weit über alle anderen Mittel hinaus; namentlich wirkt kein anderes so prompt schmerzlindernd: meist werden die heftigsten Schmerzen schon innerhalb weniger Stunden verringert und verschwinden nach 1—3 Stunden ganz. Regelmäßig war eine ganz bedeutende Vermehrung der Diurese zu konstatieren. Die Dosis war eine umso größere und umso öfter verabreichte, je heftiger die akuten Erscheinungen waren (3—5mal 2 g). Meist konnte Vf. die Dosis am nächsten Tage reduzieren und am 4. bis 5. Tage auf 3—4mal 1 g übergehen. In chronischen Fällen ist natürlich der Effekt weniger

augenfällig, doch scheint der zeitweilige Gebrauch des Zitarins, etwa monatlich eine Woche hindurch, empfehlenswert zu sein. — (Die Heilk., Nr. 7, 1906.)

14. Nach der Ansicht Mladějovskys gibt es keine angeborene Fettsucht; wohl aber kann man eine angeborene Muskelschwäche in manchen Fällen als prädisponierendes Moment annehmen. In anderen Fällen, wo scheinbar der Organismus durch gewisse Schädlichkeiten (wie schwerer Typhus, Laktation) geschwächt ist, welche die Fettsucht herbeiführen, ist die Ursache nur in der übermäßigen Nahrungsaufnahme zu suchen, deren Assimilation durch gewisse Umstände begünstigt wird. Die Beziehungen zwischen Diabetes und Fettsucht faßt Vf. nicht so wie v. Noorden auf, daß ein kryptogener Diabetes Ursache der Fettsucht ist, sondern umgekehrt, daß die Fettsucht den Diabetes verursacht. — Die Frage, wann man eine Fettanhäufung im einzelnen Falle für eine pathologische Fettsucht halten soll, beantwortet er dahin, daß die ersten Zeichen einer geringeren Leistungsfähigkeit, nicht etwa die Ueberschreitung eines für den Einzelfall bestimmten Gewichts das Entscheidende sein soll. Von den Krankheitserscheinungen steht im Vordergrund das Verhalten des Herzens. Das Mastfettherz Kischs, die Um- und Durchwachsung des Herzens mit Fett, ist auch gegenüber dem Einspruche Hirschs als die Ursache der Kompensationsstörung zu betrachten; dem Einwurfe Hirschs, warum dann das ganz ähnlich durchwachsene Herz der Kachektischen nicht die gleichen Symptome mache, ist entgegenzuhalten, daß dieses nicht gegen die gleichen peripheren Widerstände zu kämpfen hat wie das Herz der Fettleibigen; die im Mediastinum, im Netz und anderwärts angehäuften Fettmassen bilden, indem sie die Herzarbeit erschweren und zur Herzdilatation führen, einen vollwichtigen Faktor in dem Bilde der Zirkulationsstörung. Nicht richtig allerdings ist die Ansicht Kischs, daß die Allorhythmie der Fettleibigen durch das Mastfettherz bedingt ist; sie beruht vielmehr auf Arteriosklerose oder einer Neurose.

Was die Therapie der Fettsucht anlangt, so ist entgegen der Ansicht mancher Autoren der Besuch der Bäder immer noch unbedingt zu empfehlen. Nicht dazu gehört allerdings der dort noch vielfach geübte Gebrauch von heißen Bädern, die für manifestent wie latent herzschwache Individuen zu einer schweren Gefahr führen können. Die dadurch erzielten Gewichtsabnahmen dürften auch mehr auf Wasserverlust denn auf Fettverlust beruhen. Vf. benützt zur Behandlung natürliche kohlensaure Bäder, eventuell unter Zusatz von 2—3 kg Kochsalz (letzteres aber in die leere Wanne schütten!). Zunächst Bäder von Körpertemperatur, 3—5 Minuten, allmählich Herabgehen auf 21—18° R. und Heraufgehen auf 30 Minuten. Die Bäder werden gut ertragen; der Puls wird langsamer und der Blutdruck sinkt stets nach einem solchen Bade. Der jedesmalige Gewichtsverlust ist zwar gering, jedoch stets vorhanden und andauernd, die Kranken fühlen sich frisch und wohl. Ist eine Besserung der Dyspnoe eingetreten, so benützt auch Vf. heiße Bäder, aber nur, um die Reaktion der darauffolgenden hydriatischen Prozeduren zu vermehren. Nach den kohlensauren Bädern Bettruhe zur Herzschonung.

Was die kalten alkalisch-salinischen Quellen anlangt, so glaubt Vf. nicht, daß sie nur als Purgantien wirken, sondern daß sie eine Reizwirkung auf den Organismus ausüben und so auch den Fettumsatz anregen. — (Wien. med. Wochenschrift, Nr. 33, 1907.)

15. Moses hat unter 2000 Sterbefällen der „Viktoria", Allgemeinen Versicherungsgesellschaft zu Berlin, aus den letzten Jahrgängen 407 Fettleibige ausgesondert, um sie in verschiedener Hinsicht statistisch zu verwerten. Bei der Diagnose Fettleibigkeit wurde die alte Broccasche Vorschrift zugrunde gelegt, nach der das in Kilogramm bestimmte Gewicht normalerweise der ersten und zweiten Dezimalstelle der Körperlänge, in Meter ausgedrückt, gleich sein soll. Eine zweite Zahl, auf die Gewicht gelegt wurde, war der Leibesumfang; derselbe soll in der Atempause in der Norm $^{5}/_{10}$, höchstens

$^{6}/_{10}$ der Körperlänge betragen. Das Durchschnittsterbealter der Fettleibigen betrug 47 Jahre 10 Monate gegenüber dem allgemeinen Sterbealter der Versicherten von 50 Jahren, 1 Monat. Die Sterblichkeit der Adipösen unter 30 und über 70 Jahre war sehr gering, 14%; zwischen 30 und 60 Jahren dagegen starben bei den Adipösen 90% gegen 70%. Die Todesursachen waren: Herzkrankheiten 16·5%, chronische Nephritis 12·3%, Apoplexie 11·1%, maligne Tumoren 9·8%, Pneumonie 7·6%, andere Infektionskrankheiten 6·4%, Diabetes 5·4%, Paralyse 4·9%, Leberzirrhose 4·2%, Tuberkulose 3·7%. Herz-, Nieren- und Leberleiden, sowie Apoplexien sind bei Adipösen häufiger die Todesursache wie bei anderen Menschen; viel seltener sterben sie dagegen an Tuberkulose. — (Diss., Leipzig 1906.)

16. Heinsheimer legt dar, wie sich unsere Anschauungen über den Einfluß von Ruhe und Arbeit bei gewissen Krankheitszuständen verändert haben. So betont man jetzt bei Cholelithiasis die Notwendigkeit der Ruhe, so behandelt man bei spastischer Obstipation u. a. mit Ruhe, so läßt man Enteroptotiker und Atoniker nach dem Essen die Ruhelage einnehmen. Von der früher bei Mastkuren üblichen absoluten Ruhe ist man für das Gros der Fälle ganz abgekommen. Die Wichtigkeit der Muskelarbeit bei solchen Kuren ist längst anerkannt; in eigenen Tierversuchen hat Vf. dies auch von einem neuen Gesichtspunkte aus bestätigt: in Perioden, die einer Uebernährung mit Muskelarbeit folgten, war die Resorption, namentlich des Fettes, deutlich besser als in Perioden nach Ueberernährung ohne Muskelarbeit; es scheint somit die Möglichkeit eines Trainings der Darmverdauungsarbeit vorhanden zu sein. — Bei Diabetes sollen leichtere Fälle nach etwas kohlenhydratreicheren Mahlzeiten reichliche Körperbewegung, aber ohne Uebermüdung, machen; in schwereren Fällen sei man mit der Bewegung zurückhaltender. — (Wien. klin. Rundschau, Nr. 12, 1907.)

17. Auf Grund eigener Beobachtung wie der in der Literatur niedergelegten Urteile hebt v. Boltenstern die vorzüglichen Eigenschaften des Sanatogens hervor. Es hat einen sehr hohen Nährwert, ist leicht verdaulich, wird vorzüglich ausgenutzt, ist so reizlos, daß es selbst von Typhuskranken und Säuglingen vertragen wird, ist von wenig ausgesprochenen Geschmack, der selbst bei länger dauernder Darreichung niemals unangenehm empfunden wird, und ist sehr keimarm. Bei seiner therapeutischen Anwendung ist in erster Linie die appetitanregende Wirkung zu betonen, welche dem Gehalt an Glyzerinphosphorsäure zuzuschreiben ist. Es unterstützt die Ernährung, regt den Stoffwechsel an und hebt das Körpergewicht. Bei den verschiedensten Krankheitszuständen trat in den Beobachtungen des Vfs. sehr rasch die appetitsteigernde Wirkung zutage; besonders günstig fällt dabei ins Gewicht, daß selbst bei längerem Gebrauch des Mittels keine Diarrhöen auftreten, im Gegenteil bestehende Neigung zu Durchfall bekämpft wird. Bei einigen rhachitischen Kindern wirkte die Darreichung des Sanatogens sehr günstig; von einer Reihe von Autoren wird die neurotonisierende Eigenschaft des Mittels bei Nervenkrankheiten gerühmt, infolge des Gehalts an Glyzerinphosphorsäure. Vf. kann dies durch seine Erfahrungen bei Neurasthenie voll bestätigen. Sanatogen ist unbedingt als wertvolles Diätetikum zu bezeichnen. — (Deutsch. Aerzte-Ztg., Nr. 6, 1907.)

18. Nach dem Vorgange besonders englischer und amerikanischer Aerzte empfiehlt Sinapius die Anwendung methodischen Fastens in gewissen Krankheitszuständen. So verweigert der Kranke bei akuten Infektionskrankheiten instinktiv die Nahrungsaufnahme; der Organismus hat genug mit der Elimination der Bakteriengifte zu tun und verzichtet auf die Mehrarbeit, die ihm die Elimination der im Organismus aus den Nahrungsmitteln gebildeten Gifte machen würde. Auch gewisse örtlich begrenzte akute Krankheiten (Bronchitis, Magenkatarrh, Leberkatarrh, Nephritis etc.) werden vom Fasten sehr günstig beeinflußt; es genügt dabei sehr oft, wenn das Fasten in unter-

brochener Weise durchgeführt wird, etwa so, daß während einiger Wochen Fastens jeden dritten Tag Nahrung in mäßiger Weise aufgenommen wird. Es wird dabei von der (doch noch des Beweises bedürftigen. D. Ref.) Ansicht ausgegangen, daß der Organismus, darauf angewiesen, aus sich selbst die nötige Nahrung sich zu verschaffen, zuerst die pathologischen Ablagerungen angreift. Die gleichen Erwägungen gelten für die chronischen Krankheiten. So ist eine strenge Fastenkur angezeigt bei Kranken mit fetter Anämie, Alkoholismus, Morphinismus, Syphilis, Geisteskrankheiten, auch bei Herzerweiterung, Stauungsleber, Neurasthenie, Magendarmerkrankungen, Schrumpfniere, Gicht etc. Die Kranken müssen teils liegen, teils können sie auch ihrem Berufe nachgehen. Die Dauer der Fastenkur bestimmt der Arzt, unter Berücksichtigung von Allgemeinbefinden, Kräftezustand; der Gewichtsverlust spielt eine weit geringere Rolle. (Ref. glaubt nur, daß man nicht allzu viel Patienten zu einer Hungerkur wird veranlassen können.)

Bei Diätkuren kommt in Betracht der Wegfall der Alkoholika, des Tabaks, Kaffees und Tees, ferner die Beschränkung zu häufiger Mahlzeiten (für viele genügen zwei in 24 Stunden, mit Fasten bis zum Mittagessen), der Wegfall des Trinkens beim Essen, die Sorge für genügendes Kauen, und schließlich als Diätkur in engerem Sinne die vegetarische Diät, unter Zufügung der Produkte des lebenden Tieres, Weglassen von Essig, Pfeffer und des Uebermaßes von Kochsalz. — (Reichsmed. Anz., Nr. 4, 1907.)

19. Als Indikation für Entfettungskuren stellt Albu neben hochgradiger Fettleibigkeit auch jene mäßigen Grade von Fettleibigkeit auf, wo das Körpergewicht zirka 20—30 Pfund mehr beträgt als normal; derartige Individuen sind durch interkurrente Krankheiten viel mehr gefährdet als Normalindividuen, und die Entfettung verfolgt dabei einen prophylaktischen Zweck. Ueber die zweckmäßigste Art der Entfettungskur, speziell jener drei Methoden, die sich an die Namen Banting, Ebstein und Oertel anknüpfen, ist viel gestritten worden; in der Tat hat jede ihre Vorteile und Nachteile, und die Wahrheit ist, daß man auf jedem Wege zum Ziele kommt; das beste ist, jedes Extrem in der Beschränkung irgend eines Nahrungsstoffes, sei es Eiweiß oder Fett, zu meiden. Wichtig ist die Erhaltung des Körpereiweißbestandes, und man darf daher die Eiweißzufuhr nicht unter 100 g, bezw. 1·0—1·2 g per Kilogramm Körpergewicht herabdrücken; Versuche, bei Fettabnahme den Eiweißbestand noch zu erhöhen, sind aussichtslos. Man soll bei der Entfettung den Patienten sättigen, ohne ihn erheblich zu ernähren; dem entspricht am besten die vegetarische Kost, die bei Heranziehung der Körner- und Hülsenfrüchte auch recht eiweißreich ist; man kann drei- bis viermal wöchentlich mittags einen Fleischgang gestatten. Als Beispiel eines Speisezettels diene folgendes:

Um 8 Uhr: $^1/_2$ l Buttermilch oder eine große Tasse Tee mit Saccharin, 75 g Schwarzbrot oder Schrotbrot mit 20 g Butter, ein Teller rohes Obst (100 bis 125 g).

Um 1 Uhr: 1. Ein Teller Kräuter- oder Gemüsesuppe. 2. 100—150 g Erbsen, Bohnen oder Linsen, eventuell mit einigen Kartoffeln. 3. Ein Teller Blumenkohl oder Spargel, Schoten, Karotten, Teltower Rüben und dergleichen. 4. Ein Teller Gurken-, Sellerie-, Tomaten-, Kartoffelsalat. Eventuell an Stelle der Hülsenfrüchte 200 g mageres, gekochtes Fleisch.

Um 7 Uhr: Eine große Tasse Tee mit Saccharin, 75 g Brot mit 20 g Butter, dazu ein Teller Pfefferlinge oder 6 Stück (200 g) Pellkartoffeln, oder Rettig, Radieschen und dergleichen. Ein Teller rohes Obst.

Als Getränke Zitronenlimonade mit Saccharin nach Belieben.

Nur bei reicher Mannigfaltigkeit des Speisezettels gelingt es, Entfettungskuren auf längere Zeit durchzuführen. Aber 4—6 Wochen Diät genügen nicht; der Fettleibige soll seine Lebens- und Ernährungsweise ganz umändern. Er soll nur dreimal essen, aufhören, wenn es am besten schmeckt, nur 6—7 Stunden schlafen, mittags nicht ruhen, alle Fahr-

gelegenheiten und Lebensbequemlichkeiten vermeiden, Alkohol, Geräuchertes, Zucker nicht mehr zu sich nehmen.

Nur eine Variation dieser Kur ist die sogenannte Kartoffelkur; dabei ist zu bemerken, daß die Kartoffel von den Fettleibigen zu unrecht ängstlich gemieden wird, da ihr Nährwert nur gering ist. Die Flüssigkeitszufuhr, bezüglich der durch Schweninger falsche Anschauungen verbreitet sind, beschränkt man auf zirka 1½ l täglich, und verbietet alle nahrhaften Getränke und Suppen.

In den gegen Fettleibigkeit empfohlenen Kurorten wird die Entfettung nicht durch die Wässer an sich, sondern durch die profusen Durchfälle, Schwitzprozeduren, Körperbewegungen und besonders die strenge Diät erzielt. Mehr als Badekuren empfiehlt sich, falls häusliche Behandlung nicht möglich ist, ein Sanatoriumsaufenthalt. Der Gewinn, der durch hydriatische Prozeduren erzielt wird, steht in keinem Verhältnis zur Anstrengung und Gefahr, die sie mit sich bringen. Muskelarbeit unterstützt die Entfettung, aber nur bei gleichzeitiger Nahrungsbeschränkung; denn an sich regt sie den Appetit stark an. Am besten wirkt Bergsteigen, daneben noch Radfahren, Reiten, Rudern, Schwimmen; wenig wirksam sind Gymnastik und Massage; sehr brauchbar für robuste Personen mit gutem Herzen ist das „Müllern".

Von Arzneimitteln ist zuerst Jod zu nennen, das nur in seinen organischen Verbindungen wirksam ist und einen Hauptbestandteil vieler Geheimmittel bildet. Auch Borax steigert den Fettumsatz; man gibt drei- bis viermal täglich 0·4—0·5 unter Kontrolle des Darmes und der Nieren. Unter ärztlicher Leitung geben auch die Schilddrüsenpräparate ohne besondere Gefahr gute Erfolge. — (Med. Klinik, Nr. 14, 1907.)

Ueber neue Wege, die natürlichen Heilungsvorgänge des Körpers bei krankhaften Prozessen künstlich zu vermehren und zu beschleunigen.
Von Heile, Wiesbaden. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Schon früher hat Vf. gezeigt, daß man die intrazellulären Heilkräfte der Leukozyten viel ausgiebiger zur Wirksamkeit bringen kann, wenn man sie aus den Zellen befreit. So führt auch die Biersche Stauung zu einem Leukozytenzerfall, ebenso die Röntgen-Bestrahlung, und ein Teil der Wirkung dieser Prozeduren ist auf Rechnung des Freiwerdens der Fermente zu setzen. Vf. ging nun dazu über, die verschiedenen chemischen und zirkulatorischen Maßnahmen zu kombinieren. Am Ort der Entzündung setzte er durch Injektion von chemischen Mitteln (2% Nukleinsäure, Jodoform, Tuberkulin etc.) eine möglichst starke Entzündung (bei Tuberkulose verwendet man am besten Alttuberkulin, bei chronischen Arthritiden Nukleinsäure 20—50 cm³ periartikulär). Auf der Höhe der Entzündung (starke Rötung, Druckempfindlichkeit, Temperatursteigerung) legte er die Biersche Binde an. 1—2 Stunden später folgte eine 10—15 Minuten dauernde Röntgen-Bestrahlung mit mittelharter Röhre, wonach die Binde noch wenigstens 12 Stunden lang liegen blieb. Diese Prozeduren wurden mit Pausen von 1—4 Wochen mehrmals vorgenommen, und es zeigte sich, daß jedesmal nach der Behandlung die funktionellen Störungen, Schmerzen beim Auftreten, Bewegungsstörungen etc. deutlich gebessert waren; arthritische Kniegelenke konnten gleich nachher statt um 5°, um 25° bewegt werden; ähnliche Besserungen sah man bei tuberkulösen Gelenken. Schwierigkeiten bietet bei der Behandlungsmethode lediglich die Dosierung der Röntgen-Wirkung, um Verbrennungen zu verhüten; nicht abzuweisen ist auch die Möglichkeit, daß bei der Bestrahlung gewisse Toxine (Leukotoxine etc.) in sehr großer Menge auftreten, die nach Lösung der Binde in den Körper kommen und dort Schaden anrichten können. — Tierexperimente zeigten, daß man auch bei septischen Zuständen, Phlegmonen, eitriger Peritonitis durch Röntgen-Bestrahlung eine Beschleunigung der Erweichung und Resorption der Exsudate herbeiführen kann. Kaninchen mit experimenteller Peritonitis, bei denen mit Nukleinsäure starke Leukozytose gemacht worden war, blieben nur dann am Leben, wenn sie im entzündeten Stadium be-

strahlt wurden. Bei Kranken mit Erysipel hatte man den Eindruck, daß an bestrahlten Stellen die Neigung zum Fortschreiten aufhörte. Bei einer subakut verlaufenden Fußphlegmone hatte Stauung die Schmerzen gelindert; die entzündliche Infiltration verschwand aber erst durch die Kombination von Stauung und Bestrahlung. — Schließlich legen gewisse Beobachtungen bei Karzinom nahe, auch hier vor der Röntgen-Bestrahlung eine künstliche Leukozytose zu erzeugen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 26, 1907.)

Nervenkrankheiten.

Ein Beitrag zur klinischen und forensischen Beurteilung der chronischen Meningo-encephalitis tuberculosa. Von Felix Landois. Ref. Eugen Binswanger, München.

Die tuberkulöse Erkrankung der weichen Hirnhaut kann dreierlei Form zeigen. Die weitaus häufigste ist die miliare und submiliare Tuberkulose, viel seltener ist der Solitärtuberkel der Pia mater, die weitaus seltenste Erkrankungsform ist die Meningo-encephalitis chronica tuberculosa. Hiebei kommt es zu einer ganz zirkumskripten, herdförmigen Entzündung der Pia mater, auf der Konvexität des Gehirns, gewöhnlich im Bereich des motorischen Rindenzentrums. Auch in dem von Landois ausführlich geschilderten Falle (29jähriger Mann) handelte es sich um eine ganz langsam verlaufende Form der tuberkulösen Konvexitätsmeningitis, bei der es nicht zur Verkäsung, sondern zur Narbenbildung gekommen war. Neben diesem chronischen, zweifellos ausheilenden Prozesse fand sich auch eine frischere miliare Knötcheneruption auf der weichen Hirnhaut. Landois nimmt nun an, daß diese miliare Tuberkulose sich im Anschluß an einen Fall auf den Hinterkopf entwickelt hat, welchen Patient sieben Wochen vor dem Tode erlitt. Diese Annahme erscheint auch durch die klinischen Symptome völlig gerechtfertigt. Vom forensischen Gesichtspunkt liefert Landois Beobachtung den Beweis, daß eine bis zum Schwinden aller Symptome geheilte tuberkulöse Hirnhautentzündung durch ein Trauma wieder aufflackern und in ein akutes, tödliches Stadium übergeführt werden kann. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 1, 1907.)

Klinische Beiträge zur Psysiologie des sympathischen Nervensystems. Von L. R. Müller, Augsburg. Ref. F. Perutz, München.

Die ja auch den Laien bekannte Tatsache, daß Affekte freudiger oder trauriger Art Störungen in der Funktion des Magens und Darmes (Erbrechen, Luftaufstoßen, Durchfälle), der Blase (Harndrang und Polyurie), des Herzens und der Vasomotoren (Herzklopfen, Erröten, Erblassen, Schweißausbruch) hervorrufen können, weist auf einen lebhaften Zusammenhang zwischen Gehirn und den inneren Organen hin. Es ist anzunehmen, daß bei diesen Vorgängen ebenso wie auch bei den neurologisch schwer zu deutenden Gemeingefühlen und Trieben und auch bei der körperlichen Umsetzung der Lust- und Unlustempfindungen dem Sympathikus die vermittelnde Rolle zukommt. — (Arch. f. klin. Med., Bd. 89, H. 5 u. 6.)

Färbung der Zellen des Liquor cerebro spinalis mit und ohne Zusatz von Eiweiß. Von M. Pappenheim. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Daß sich die Zellen des Liquor in ihrem färberischen Verhalten von den entsprechenden Zellen im Blute unterscheiden, ist wohl jedem Untersuchenden aufgefallen: Plasma wie Kerne der Liquorzellen nehmen die Farben viel weniger intensiv auf. Pappenheim suchte nach der Ursache dieses Verhaltens und fand, daß, wenn er dem Liquor etwas Ochsenserum oder Hühnereiweißlösung zusetzte, er im Gegensatz zu genuinem Liquor charakteristische Triazidfärbung erzielte; auch anderen Färbungen gegenüber verhielt sich das so veränderte Liquor wie Blut. Anderseits fand er, daß in mit Hayemscher Flüssigkeit stark verdünntem Blute, in dem also das Plasma größtenteils entfernt war, sich die Zellen ähnlich färbten wie im Liquor. Die geänderte Färbbarkeit des Liquor beruht also auf einem relativen Mangel von dem

Blutplasma, dem Ochsenserum und der Hühnereiweißlösung gemeinsamen Substanzen, also wohl gewisser Eiweißkörper, und man kann behufs Studiums der Liquorzellen die Färbbarkeit durch Eiweißzusatz erhöhen. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 10, 1907.)

Die Frühdiagnose der genuinen Epilepsie. Von Dr. H. Stadelmann. Ref. Paul Lißmann, München.

Vf. teilt die ausschließlich im Kindesalter liegenden Frühsymptome der genuinen Epilepsie in körperliche und seelische. In den ersten Lebensjahren zeigen Magen-Darmstörungen, wie Brechneigungen, Obstipationen, Würgbewegungen oder Augenmuskelkrämpfe, fäkaler Geruch aus dem Munde, pustulöse Efflorescenzen auf der Mundschleimhaut die später drohende Epilepsie an. Auch die „Bannungen“ mit folgender leichter Amnesie, welch letztere die Kinder oft in den Verdacht des Lügens bringt, sind ebenso Frühsymptome für Epilepsie, wie Enuresis nocturna, affektive Träume oder Zungen- und Lippenschmatzen.

Auf geistigem Gebiet zeigen die Kinder von einer gewissen Höhe an einen stetigen langsamen Verfall; statt Assoziierung neuer tritt Dissoziierung der alten Vorstellungen auf, die sich in Schreibfehlern und Mangel an Konzentration der Aufmerksamkeit kundgibt. „Moralisch minderwertiges“ Handeln, perverse Wertungen sind ebenfalls auf die zentrale Dissoziierung zurückzuführen.

All diese Frühsymptome sind nach dem Vf. analog den Ermüdungssymptomen, wie überhaupt neuropathischen Frühsymptomen. So sind dann auch die epileptische „Anlage“ und die ermüdete normale Anlage nur quantitative Unterschiede, die sich nur durch ihr Entstehen unterscheiden. — (Deutsch. Aerzte-Ztg., Nr. 7, 1907.)

Zur Behandlung des Delirium tremens. Von Dr. F. Eichelberg. Ref. Maz Jacoby, Mannheim.

Vf. schildert die Behandlung des Delirium tremens, wie sie im Eppendorfer Krankenhaus geübt wird. Dieselbe besteht in sofortiger Entziehung des Alkohols, Erhaltung und Stärkung der Herzkraft durch die verschiedensten Exzitantien. Am dritten Tage, wenn das Delirium im Abklingen begriffen ist, wird abends 2—4 g Chloralformamid gegeben. Zur Stillung des Durstes Extr. oxycocci 50·0, Sir. spl. 200·0, Aqu. commun. 5000·0. Bei Pneumonien, verbunden mit Delirium, wird sofort Digitalis mit Alkohol gegeben. Die Prognose ist bei diesen Fällen schlecht. — (Münch. med. Klin., Nr. 20, 1907.)

Störungen der Sexualfunktionen. Von Dr. A. Kühner, Coburg. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. bespricht in der Einleitung die Schwierigkeiten der Beurteilung der Störungen der Sexualfunktionen, insbesondere des Erkennens, ob gefundene Störungen ins Gebiet des Krankhaften oder Gesunden fallen. Hiezu kommt, daß bei den meisten anderen Erkrankungen objektiv erkennbare Symptome vorliegen, während bei den Störungen der Sexualfunktionen meist Affektionen des Trieblebens zugrunde liegen, die uns nur durch Mitteilungen der betreffenden Individuen offenbar werden. Leider sind aber sehr schwer hierüber die richtigen Mitteilungen zu bekommen, da andernfalls „die gute Sitte und der Anstand“ leiden. An Stelle der mündlichen Aussprache mit dem Arzte treten nur zu häufig briefliche ausführliche Klarlegungen der geheimsten Gedanken, Befürchtungen, Erwartungen und Wünsche.

Sexuelle Hypochondrie.

Sie ist die häufigste aller Störungen der Sexualfunktionen und wird von den neueren Autoren als Teilerscheinung der Neurasthenie betrachtet. In höheren Graden kann sie in Geistesstörung übergehen. Sie betrifft vornehmlich Erwachsene, wird aber auch oft im jugendlichen Alter beobachtet. Insbesondere sind es zarte schwächliche Kinder kranker oder alter Eltern, die selbst an Hypochondrie gelitten oder mit sonstigen nervösen Krankheiten: Kopfschmerz, Migräne, Hysterie, Epilepsie oder Seelenstörungen behaftet waren oder mit Herz-, Lungen-

krankheiten, Krebs oder Tuberkulose. Diese Individuen bringen eben gewissermaßen auf Grund einer erblichen Belastung die Anlage zur Hypochondrie mit. Die sexuelle Hypochondrie setzt ein mit der Pubertät, sie verbindet sich mit allen Formen der Sexualfunktion, zunächst mit der Onanie. Oft wird sie auch Ursache der Onanie.

Sexuelle Neurasthenie.

Dieselbe kann bald die Ursache, bald die Begleit- oder Folgeerscheinung anderer Störungen der Sexualfunktion sein.

a) Beim Mann. Nach Eulenburg springt als Hauptsymptom die neurasthenische Potenzschwäche oder Impotenz in die Augen; andere Kennzeichen sind die genitalen Sensibilitätsstörungen und motorisch-sekretorischen Störungen, krankhafte Pollutionen und Erektionen, Spermatorrhöe und Prostatorrhöe etc. Die sexuelle Neurasthenie kann schließlich zur geschlechtlichen Abneigung und Kälte bis zu völligem Hinschwinden der gewöhnlichen sexualen Impulse führen. Eine häufige Folge dieses Zustandes ist die Onanie, die von Neurasthenischen nicht bloß vor den Zeiten geregelten Sexualverkehres, sondern neben und nach diesem, in der Ehe und in jedem Lebensalter vielfach gesucht und dem gewöhnlichen Sexualverkehr vorgezogen wird. Aus gleicher Ursache entspringt auch der Hang zu den verschiedensten Formen anormaler Ausübung des Geschlechtsverkehres, in und außerhalb der Ehe, bis hinab zu den abenteuerlichsten und schwersten psychosexualen Abnormitäten und Perversionen. Man unterscheidet die temporäre Impotenz, die nur zeitweise versagt, zu anderen Zeiten aber ein wenig oder gar nicht abgeschwächte Leistungsfähigkeit aufweist und die relative Impotenz, die nur unter gewissen Voraussetzungen, unter bestimmten Umständen oder nur einzelnen Personen gegenüber auftritt.

v. Krafft-Ebing teilt die sexuelle Neurasthenie in folgende drei, allmählich ineinander überfließende Stadien ein:

1. Das Stadium der genito-lokalen Neurose, bestehend in gehäuften nächtlichen Pollutionen und verfrühten Ejakulationen apud coitum.

2. Das Stadium der Lendenmarksneurose, sich zeigend in Neuralgien des Plexus lumbo-sacralis, Tages- und Nachtpollutionen, Abnahme der Potenz.

3. Das Stadium der allgemeinen Neurasthenie, in welchem zerebral-spinale Symptome, Neuralgien interner Organe, wie kardiale Neurasthenie, gastrische Störungen nervöser Art, Spermatorrhöen etc. mit einander abwechseln und verbunden sind.

b) Beim Weibe. Hier dokumentiert sich die sexuale Neurasthenie in der Herabsetzung der Geschlechtsempfindung, die sich vor allem im mangelnden Wollustgefühl bei der Begattung, im ausbleibenden Orgasmus zeigt.

Impotenz.

Melancholiker und Hypochonder sind meist impotent, der Geisteskranke neigt meist zu sexuellen Perversitäten. Epileptiker, Neurastheniker, Hysterische neigen zu Verirrungen im Geschlechtsleben, die Impotenz ist bei ihnen bald mehr, bald weniger ausgebildet. Progressive Paralyse ist meist von Impotenz begleitet. Man unterscheidet absolute, relative und temporäre Impotenz. Ferner die nervöse Impotenz, die ein Symptom der sexuellen Neurasthenie ist und die psychische, bei der der Sexualtrieb normal, aber die Potenz eine mangelhafte ist.

Prophylaxis.

Abhärtung der neu entstehenden Generation durch geeignete Er- und Aufziehung. Großes leistet hiebei die Hydrotherapie (kühle Bäder, 25—26° C., und Abwaschungen). Verhütung der Onanie und sonstiger Aberrationen im Geschlechtsleben durch Elternhaus, Schule und Arzt. Regelung der Darmentleerung, sowie die Beseitigung von Oxyuren.

Therapie.

a) Beim Mann. Impotenz. Die psychische Impotenz ist am leichtesten heilbar. Ist nicht viel Masturbation vorausgegangen und ist sie nicht die Begleiterin einer schweren Neurasthenie, so ist die psychische Impotenz keine wesentliche

Kontraindikation gegen das Eingehen einer Ehe. Warnung des Arztes vor Probekohabitationen.

Physikalische Behandlung der Impotenz. Die Forderung schriftlicher Beratung ist so zu fassen, daß ein gewissenhafter Arzt sich zu schriftlichen Beratungen nicht erbietet, wohl aber dieselben dem Vertrauen des Kranken nicht abweist. Viel Gebrauch wird gemacht von der Aero-, Hydro- und Thermotherapie. Zimmerluftbäder, besser noch Luftbäder im Freien haben guten Einfluß auf die Impotenz. Vf. empfiehlt Zimmerluftbäder mit gleichzeitiger zuvoriger oder nachfolgender flüchtiger Abwaschung des Körpers. Die Hydro- und Thermotherapie wirkt als Reiz; die Reizgröße wird bedingt durch 1. die Temperatur des einwirkenden Mediums, 2. Dauer der Applikation, 3. Größe des zur Applikation bestimmten Terrains, 4. Plötzlichkeit des Eingriffes, 5. Stärke des gleichzeitig wirkenden mechanischen Reizes, 6. Reizempfänglichkeit. Heilerfolge richten sich nach der individuellen Reaktion des Kranken. Guten Erfolg haben milde Kaltwasserkuren. Nie brüskes Herabgehen auf niedrige Temperaturen. Kühle Vollbäder können gar nicht kurz genug genommen werden; dasselbe gilt von Fluß- und Seebädern. Größte Vorsicht ist zu verwenden bei der lokalisierten Kältewirkung auf die Genitalien. Vf. verwendet die kühlen Sitzbäder und kalten Waschungen der Geschlechts- und Lendengegend. Guten Erfolg hat Vf. mit der sogenannten Regenerationskur erzielt; dieselbe besteht in Abreibungen der Gegend zwischen After und Hoden mit zimmerwarmem Wasser. Dieselben sind längst 14 Tage zu nehmen. Bei der Ausübung der Massage, sei sie allgemein oder lokal, muß streng individualisiert werden. Die Gymnastik tritt in Anwendung in Form der deutschen, die keine fremde Hilfe beansprucht, und der schwedischen, die der Unterstützung von Personen oder Maschinen bedarf. Schwimmen, Bergsteigen und Radfahren spielen hier eine große Rolle.

Mechanische Behandlung der Impotenz. Vf. warnt vor den verschiedenen, durch Zeitungen und Fachzeitschriften angepriesenen Apparaten; sie haben wenig Nutzen, aber viel Schaden gestiftet. Vf. erwähnt einen guten Erfolg bei sonst fehlgeschlagener Behandlung, den er mit dem Gassenschen Apparat gehabt hat.

Medikamentöse Behandlung der Impotenz. Mit gutem Erfolg verwendet Vf. zum äußerlichen Gebrauch das Neurogen als Neurogensalzabreibung; dieselbe wird mehrmals wöchentlich vorgenommen.

b) Beim Weibe. Beim Weibe finden die Störungen der Sexualfunktionen ihren Ursprung oder ihr Ende in der Hysterie. Bei der Behandlung ist der psychische Einfluß des Arztes von ausschlaggebender Bedeutung. Auch hier strenges Individualisieren, größte Rücksichtnahme auf Lebensgewohnheiten, Sorge, Kummer etc. der Patientin. Genaue Untersuchung nach Verletzungen. Sind Dysmenorrhöe, Masturbation, Deflorationsschmerz, Vaginismus die Ursache, so muß sich die Behandlung gegen diese richten. — (Berl. klin. Wochenschr., Mai 1907.)

Physikalische Therapie.

Wandlungen in der Balneotherapie der chronischen Nephritis. Von A. Loebel, Wien-Dorna. Ref. F. Perutz, München.

Die früher übliche Behandlung der chronischen Nephritis mit Trinkkuren, vor allem mit Eisensäuerlingen, ist jetzt gegenüber der Badebehandlung in den Hintergrund getreten. Besonders von Noordens Einfluß hat dazu beigetragen, daß die Schonung und Kräftigung des Herzens durch die bewährten balneologischen Herzheilmethoden auch bei den Nephritikern an erste Stelle gerückt wurden. Neben den meist üblichen kohlensauren Bädern verdienen aber die Moorbäder mehr Beachtung, als ihnen gegenwärtig zugewendet wird. Moorbäder zwischen 37 und 39° setzen den Blutdruck herab, bewirken eine Abnahme der Atemzahl, fördern die Blutbildung und vermehren die Hautperspiration bei Verminderung der Diurese. Deshalb sollten sie

in Fällen mit hohem Blutdruck, bei Komplikationen mit Anämie und Polyurie in Anwendung gezogen werden. — (Klin.-therap. Wochenschr., Nr. 11 u. 12, 1907.)

Ueber Sauerstoffbäder (Sarasonsche Ozetbäder). Von A. Laqueur. Ref. F. Perutz, München.

Aus Natriumperborat entwickelt sich bei Zusatz von Manganborat im Badewasser Sauerstoff in Form kleiner Bläschen. Laquer hat mit diesen, von ihrem Erfinder als Ozetbäder bezeichneten Sauerstoffbädern Versuche in der hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin angestellt. Er fand eine erhebliche Herabsetzung der Pulszahl im Verlauf des Bades, dagegen eine geringere Blutdruckerhöhung als bei den Kohlensäurebädern; auch ist die Hautrötung weniger lebhaft. Als Indikationen für Ozetbäder betrachtet er nervöse Schlaflosigkeit, neurasthenische und auch tabische Parästhesien der Haut und nervöse Tachykardien. Gegenüber dem Kohlensäurebad betont er den milderen Reiz. Die Gasentwicklung dauert 15—20 Minuten und soll sich die Badedauer innerhalb dieses Zeitraumes bewegen. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 1, 1907.)

Der Kopfschmerz und seine physikalische Behandlung. Von Stabsarzt Dr. Riedel. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. unterscheidet vier Formen von Kopfschmerz: eine vasomotorische, rheumatische, neuralgische und neurasthenische. Wichtig ist, sich über die genaue Lebensweise des Patienten ein klares Bild zu schaffen. Wertvolle Fingerzeige für Diagnose wie Therapie bietet die sorgfältige Bestimmung der Lokalisation des Kopfschmerzes. Für die Grade des Kopfschmerzes schlägt Schoen folgende zweckmäßige Unterscheidung vor:

1. Benommenheit, Eingenommenheit (Kephalaea),
2. Kopfdruck, wozu der Casque asthénique Charcots gehört,
3. dumpfer Schmerz,
4. stechender, bohrender Schmerz; hiezu ist der Clavus hystericus zu rechnen. (2—4 = Kephalalgie.)

Die stärksten Schmerzen verursachen die Trigeminusneuralgien und Migräneanfälle, sowie der Tumor cerebri. Der hyperämische Kopfschmerz beruht auf einer Blutstauung im Gehirn. Die Therapie muß berücksichtigen, ob die Blutstauung akut oder chronisch, eine aktive oder passive, arteriell oder venös ist. Sie hat die Gelegenheitsursachen auszuschalten, ohne dabei die Allgemeinbehandlung zu vernachlässigen. Aufmerksamkeit erheischt die Kopfhaltung des Patienten. Im besonderen ist beim hyperämischen Kopfschmerz eine ableitende Behandlungsweise indiziert. Der Hydrotherapie gebührt der erste Platz. Im akuten Stadium sorgt man vor allem für Kopfkühlung. Umschläge in Wasser von 10—15°, alle 5—10 Minuten erneuert, zwei Stunden lang, werden verordnet. Dann pausiert man zirka eine Stunde und macht nachher, wenn nötig, die Umschläge von neuem. In der Zwischenzeit legt man eine Eiskrawatte oder einen feuchten kalten Umschlag um den Hals, welcher den Nacken frei läßt, besonders aber die Karotidengegend trifft. Bei empfindlichen Patienten fängt man erst mit etwas wärmeren Temperaturen an. Angenehmer als die Umschläge sind die von Winternitz eingeführten Kühlschläuche. Gleichzeitig wird noch für Blutableitung durch feuchtwarme Packungen gesorgt. Ein Klysma oder Laxans wirkt oft Wunder. Oft ist mit der Kopfkühlung eine Stammpackung zu verbinden — Einwickeln des Kranken von der Achsel bis zur Symphyse in ein feuchtkaltes Laken.

Bei den mehr paroxysmal verlaufenden Kopfschmerzen empfiehlt Vf., entsprechend der Zahl der Anfälle, ganz kurze, kalte Kopfwaschungen vorzunehmen; gute Dienste leistet auch das fließende Fußbad von 8—10°, zehn Minuten lang. Neben der Hydrotherapie kommen die Naegelischen Handgriffe in Betracht. In Frage kommen hier der Kopfstütz- und der Kopfstreckgriff. Der anämische Kopfschmerz beruht auf allgemeiner Anämie oder Chlorose. Hochlagerung und ableitende Therapie ist indiziert. Warme Tücher um den Kopf, heiße Kompressen über die Stirn oder in den

Nacken gelegt, werden gut vertragen und genügen meist den Anforderungen. Gründliche Massage der gesamten Kopfhaut ist im chronischen Stadium empfehlenswert.

Der rheumatische Kopfschmerz hat seinen Sitz in der Haut und der Kopfschwarte; seine Grundlage ist eine Myositis rheumatica. Als wichtigster Heilfaktor bei der rheumatischen Kephalalgie gilt die Massage. Die Massagekur dauert so lange, wie die Empfindlichkeit besteht, und sie währt, wenn man täglich jede Sitzung zirka eine Viertelstunde ausdehnt, bis zur vollständigen Heilung meist einen Monat. Neben Massage wird oft mit Erfolg die Heißluftdusche angewendet, desgleichen warme Kopfumschläge in Form der trocknen Wärme 1—2 Stunden lang vor dem Zubettgehen. Bei den paroxysmalen Attacken sind zum Kupieren etwas intensivere Wärmeapplikationen in Gestalt von Kompressen, Schlauchkappen und dergleichen indiziert. Bei der Kopfneuralgie müssen die Points douloureux genau festgestellt werden. Die Therapie besteht in Wärmeapplikationen und Massage. Vf. massiert besonders die Gegend der Nervendruckpunkte und bedient sich mit Vorliebe der Vibration. Bei reflektorischen Vorgängen muß die Therapie stets eine kausale sein.

Ist der Kopfschmerz durch Neurasthenie bedingt, so sucht die Therapie zunächst den Gesamtorganismus zu kräftigen. Der Arzt hat die im Verlauf bestimmter Nerven sich zeigenden Vallaixschen Druckpunkte aufzufinden. Durch Massage werden die Nervenpunkte zunächst vorübergehend, allmählich dauernd beseitigt und zum Schwinden gebracht. Der einzelne Fall kann bei täglich halbstündiger Massage bis zu 40 Sitzungen erfordern. Vf. kombiniert diese Behandlung meist mit der Hydrotherapie, speziell mit Packungen. Die Punktmassage ist hauptsächlich von Cornelius angewendet worden. In Frage kommen beim neurasthenischen Kopfschmerz ferner das Sonnenbad und das elektrische Blau-Lichtbad. Herz hat gute Erfolge zu verzeichnen mit einer Methode, die eine Verquickung der Bierschen Stauung mit ableitender Kopfmassage, dem Naegelischen Kopfstützgriff und Vibration der Brustwirbelsäule darstellt. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 20, 1907.)

Chirurgie.

Gummihandschuhe. Ref. G. Wiener, München.

1. Eine Sterilisierdose für Gummihandschuhe. Von Dr. Littauer, Leipzig.

2. Ein Ersatz für Gummihandschuhe. Von Dr. Wederhake, Düsseldorf.

1. Die Firma Zieger u. Wiegand in Leipzig hat nach Angabe Littauers eine aus Nickelblech gestanzte Büchse hergestellt, die der Größe einer durchlöcherten Seifendose entspricht, zur Wahrung der Asepsis auf Metallkugeln gestellt und mit aufklappbarem Deckel versehen ist. An der Dose ist ein Metallbügel angebracht, welcher über den Rand des Kochgefäßes gezogen wird und den Auftrieb der Büchse sicher verhindert. Nach Vollendung des Kochprozesses kann die Dose mit dem Bügel leicht aus dem Wasser gezogen werden. Zwei Illustrationen sind beigegeben. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 28, 1907.)

2. Nachdem die Hände desinfiziert worden sind, wird eine Jodkautschuklösung auf alle Teile der Handoberfläche, mit besonderer Berücksichtigung der Nagelgegend, aufgetragen. Das Präparat kann nur durch ein kautschuklösendes Mittel wieder entfernt werden, als welches besonders Tetrachlorkohlenstoff zu bezeichnen ist. Vor dem Gaudanin hat die Lösung den Vorzug, nicht feuergefährlich zu sein, ferner wird das Gefühl in keiner Weise dadurch beeinträchtigt. Der Preis ist sehr mäßig. Das Präparat bildet einen sicheren Schutz vor den auf der Haut befindlichen Keimen, klebt nicht und bedarf keines Apparats zum Auftragen. Es wird hergestellt in der Fabrik medizinischer Verbandstoffe von Dr. Degen u. Kuth in Düsseldorf. — (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 25, 1907.)

Hernien.

1. Eine mediale Bauchhernie zwischen den oberen Teilen der gespaltenen Rekti ist vielfach die häufigste und charakteristischste Hernie in der Kindheit. Diese Hernienart ist meistens akquiriert und ist direkt auf den Druck der Gasproduktion bei intestinalen Fermentationsvorgängen zu beziehen. Corner glaubt, daß es möglich ist, als Wahrscheinlichkeitssatz aufzustellen, bei Kindern sei überhaupt die akquirierte Hernie die häufigere. — (The American Journal of Medical Sciences, Nr. 423, 1907.)

2. Die Inkarzeration der Leistenhernie des Säuglings ist keine seltene Erscheinung; der Mechanismus der Einklemmung ist analog dem bei Erwachsenen. Die Einschnürung wird auch hier meist durch den Bruchsackhals bedingt, der jedoch im Gegensatz zu dem Befund bei Erwachsenen nicht verdickt erscheint. Die Inkarzerationserscheinungen sind gewöhnlich ebenso schwer, wie beim Erwachsenen; manchmal vermag bei der geringen Rigidität der Gewebe die Taxis den Bruch zu reponieren, wenn es sich um keine allzu scharfe Einklemmung handelt. Jedoch muß man sich vor blinder und schonungsloser Taxis hüten. Besser als zu lange Taxisversuche ist die Herniotomie.

Prognostisch kommt bei der Herniotomie natürlich in erster Linie der Allgemeinzustand in Betracht. Die Technik bietet gegenüber der bei Erwachsenen keinen Unterschied, ist nur entsprechend der Kleinheit der Verhältnisse etwas schwieriger. Wenn es sich nicht um Gangrän oder Perforation einer Darmschlinge handelt, wird man an die Herniotomie sofort die Radikaloperation anschließen. — (Thèse de Montpellier, 1906.)

3. Corbellini unterscheidet bei den Leistenhernien die Hernia intrainguinalis oder anterior und die Hernia retro-inguinalis oder posterior. Dabei entspricht die Hernia intrainguinalis der bisherigen Hernia indirecta oder externa, die Hernia retroinguinalis der bisherigen Hernia directa oder interna. Die erstere tritt in den inneren Leistenring ein, stülpt sich allmählich durch den Leistenkanal hindurch und tritt gewöhnlich durch den äußeren Leistenring ins Skrotum, hält sich also an den Verlauf des Samenstranges; ihre Hüllen sind dieselben wie die des letzteren. Die Hernia retroinguinalis stülpt sich durch die Bauchwand in der Gegend des äußeren Leistenringes vor, tritt also nicht durch den Leistenkanal hindurch und auch nicht ins Skrotum. Ihre Hüllen werden durch die Schichten der Bauchwand in der Gegend des äußeren Leistenringes dargestellt. Sie tritt, gewöhnlich mit großem präperitonealen Lipom und häufig mit Zystokele kombiniert, zwischen dem unteren Rande des M. Obliq. int. und Transversus einerseits und dem Poupartschen Bande an seinem medialsten Teil anderseits hindurch.

Das Vorgehen Corbellinis unterscheidet sich von anderen Methoden vor allem dadurch, daß er prinzipiell bei der Freilegung des Bruchsackes die Faszie des M. obliquus externus nicht spaltet, da er davon eine Schwächung der Bauchwand fürchtet. Er legt nur sehr exakt die Schenkel des äußeren Leistenringes frei.

Handelt es sich um die Hernia intrainguinalis, so isoliert er den Bruchsackhals möglichst hoch, trägt ihn ab, und schließt nun einfach wiederum die Wunde, wenn es sich nur um eine kleine Hernie handelt, also besonders bei Kindern und jungen Leuten. Handelt es sich um größere indirekte Leistenbrüche, so macht er die Vereinigung der Pfeiler des äußeren Leistenringes durch Knopfnähte vor dem Samenstrang. Bei sogenannten übergroßen Hernien und bei Individuen, die über 60 Jahre alt sind, macht C. die

Kastration und verschließt so die Bauchwand vollständig.

Bei der Hernia retroinguinalis findet sich ja gewöhnlich kein deutlicher Bruchsackhals und eine hohe Abtragung des Bruchsackes ist oft nicht möglich, weil die Blase einen Teil der Hernie bildet. Deswegen ist vor allem bei dieser Art des Leistenbruches der Verschluß der Bauchwand so wichtig. Hier muß man zur Isolierung des Bruchsackes schon durch die hintere Wand des Leistenkanals hindurchgehen. Man wird dann nach Abtragung des Bruchsackes eine neue solide hintere Wand bilden, indem man die Aponeurose des M. Obliq. ent., den M. obliq. int. und den M. transv. hinter dem emporgehobenen Samenstrang herunter an das Poupartsche Band näht. Dies alles geschieht auch hier ohne Spaltung der Externusaponeurose.

Der Kernpunkt der Methode ist also der, daß C. am äußeren Leistenring bei der indirekten Leistenhernie eine Verstärkung der vorderen Wand, bei der direkten eine Verstärkung der hinteren Wand erzielt. — (Revue de Chirurgie, Nr. 7, 1907.)

4. Sauerbruch erinnert an die auf dem Chirurgenkongreß 1904 von Madelung wegen der schlechten Prognose ausgesprochene Warnung, Herniae permagnae zu operieren und äußert sich namentlich auf Grund eigener Erfahrungen dahin, daß die bis jetzt diesen Brüchen gegenüber geübte Zurückhaltung zu weit gehe, vorausgesetzt, daß man nach folgenden Prinzipien operiere: Vorbereitungskur, keine Allgemeinnarkose, kein Auslösen des Bruchsackes, guter Verschluß der Bruchpforte. In der Greifswalder Klinik wurde die Vorbereitungskur in folgender Weise gemacht: 14 Tage nur flüssige Diät, Milch, Kaffee, Griesbrei, allerhöchstens 2—3 Semmeln, außerdem täglich 2—3mal ein Löffel Rizinusöl; Erhöhung des Bettendes, eventuell Repositionsmanöver, wie Massage, komprimierende Einwicklungen. Man sehe dabei nicht selten schon am dritten oder vierten Tage die Bruchgeschwulst kleiner werden etc., auch werde durch diese Vorbereitungskur der Patient geprüft, ob man ihm eine längere Bettruhe zumuten könne. Ganz ähnlich wie obige Maßnahmen könne auch das permanente Bad nach Graffs Mitteilung wirken.

Von gewaltigem Vorteil für die Operation sei die Biersche Lumbalanästhesie, als Lage empfehle sich die Trendelenburgsche Beckenhochlagerung. Für die Operation empfehle sich ein großer Schnitt und, wie oben gesagt, verschaffe man sich durch Verzichtleistung auf die Auslösung des Bruchsackes wesentliche Erleichterung und dem Patienten eine bedeutende Abkürzung der Operationszeit; außerdem würden Hämatome damit vermieden. Ueber die weitere Technik ist zu erwähnen: Nach Eröffnung des Bruchsackes werde der Inhalt revidiert, alle vorliegenden Netzpartien abgetragen, der Bruchsack durch drei oder vier hintereinander angelegte, innere Schnürnähte geschlossen. Bezüglich des schwierigen Verschlusses der oft über handtellergroßen Bruchpforte sei vor allem zu berücksichtigen, daß die Fäden nicht unter zu starker Spannung gelegt werden; zu diesem Zwecke hat sich Vf. die Verlagerung des unteren Rektusabschnittes als einfach und zuverlässig erwiesen, die er folgendermaßen ausführt: Zunächst wird durch einen Längsschnitt auf der lateralen Kante des Rektus die vordere Scheide des Muskels durchtrennt, dieser stumpf aus seinem Bett ausgelöst und sein unteres sehniges Ende mit dem dazu gehörigen Periost der Ansatzstelle von der Symphyse abgehoben. Darauf schiebt man den ganzen unteren Rektusabschnitt kulissenartig vor die Bruchpforte über der Fasc. obliqua direkt auf die Fasc. transversa und fixiert nach Verlagerung des Samenstranges in den lateralen Wundwinkel mit mehreren breitfassenden Nähten sein sehniges Ende am Lig. Poupart. Dadurch kann man den medialen Teil der Bruchpforte vollständig decken. Die Bauchwand wird an der Stelle, wo früher der Rektus war, nur von dem Peritoneum, den vereinigten Faszien der Musc. transvers. und obliqui und der Haut gebildet. Bei Leuten über 60 Jahren mit Hodenatrophie könne man

die gleichzeitige Kastration machen, damit erledige sich die Frage der Versorgung des Bruchsackes. Auch ein Periostknochenlappen aus dem Schambein könne zur Deckung des Defekts herangezogen werden. Als Verband genüge ein einfacher Gazekollodiumverschluß. Bis zum Festwerden der Narbe zwei Wochen Bettruhe, auf keinen Fall hernach Pelotten etc., die nur Narbenatrophie bringen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 24, 1907.)

Tetanusbehandlung.

1. **Zur Behandlung des Tetanus.** Von Tilman. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Fälle von Tetanus, behandelt mit Antitetanus-Serum; Heilung.** Von Dr. Winslow Hall, London, Dr. Eustace Carter, Chapel-Allerton, und Dr. Howard, Woolston. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
3. **Ein Fall von Tetanus traumaticus, behandelt mit Tetanus-Antitoxin „Höchst".** Von Federschmidt, Dinkelsbühl. Ref. Einstein, Stuttgart.
4. **Ein Fall von Tetanus, behandelt mit intraduralen Injektionen von Magnesium sulfuricum.** Von Margan Franke, Lemberg. Ref. Einstein, Stuttgart.
5. **Cholestearininjektionen bei Tetanus.** Von Almagià und Mendes. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Tilman berichtet zunächst über einen Fall von Unterarmgangrän nach Huftritt, bei dem drei Tage nach der Verletzung der Oberarm amputiert wurde. Trotzdem brach zwei Tage nach der Amputation ein tödlicher Tetanus aus. Aus dem Fall ist zu schließen, daß man sich von der Amputation bei ausgebrochenem Tetanus nicht allzu viel versprechen darf; offenbar genügte im vorliegenden Falle das vorher gebildete Toxin schon, den Tetanus zum Ausbruch zu bringen. Bessere Erfolge wird man in solchen Fällen vielleicht erzielen, wenn man das Tetanusantitoxin in die Bahn, der das Gift folgt, einspritzt, und Tilman berichtet in der Tat über einen weiteren Fall, wo Injektion von 52 cm³ Antitoxin = 280 A.-E. in die Ischiadici und das Lumbalmark erfolgte, mit gutem Ausgang. Zu einer prophylaktischen Injektion hat sich Tilman noch nicht entschließen können, nachdem von 7000 Verletzten seiner Beobachtung in der Charité nur 7 Tetanus bekommen hatten, von denen man bei 5 wohl niemals an eine prophylaktische Injektion gedacht hätte. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14, 1907.)

2. Hall, Carter und Howard berichten über sehr günstige Rsultate mit Antitetanusserum. Sie wiederholten häufig die Injektionen, Howard exzidierte die primäre Wunde, von ihm und Carter wird über das Auftreten eines intensiven reizenden erythematösen Ausschlags nach den subkutanen Injektionen berichtet. Carter nennt es übermäßig skarlatinös und teilt mit, daß es von allgemeiner Schuppung begleitet war und dem Kranken großes Unbehagen verursacht habe. Carter will in Zukunft mit wenigstens 20 cm³ Serum pro Injektion beginnen und die intravenöse Methode anwenden. — (Le Brit. Med. Journ., 9. März 1907.)

3. Federschmidt berichtet über einen günstigen Erfolg der Antitoxinbehandlung des Tetanus. Injiziert wurden im ganzen 20 cm³ mit 100 A.-E. in drei Portionen an drei aufeinander folgenden Tagen. Die Besserung trat einen Tag nach der dritten Injektion ein. Vor der Antitoxinbehandlung war der Zustand des Patienten 14 Tage lang unverändert schlecht gewesen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 23, 1907.)

4. Das Magnesium sulfuricum hat nach Meltzer einen stark hemmenden Einfluß auf die Tätigkeit der Nervensubstanz: Taucht man z. B. den Nervus ischiadicus eines Frosches in eine 25%ige Lösung des Salzes, so wird der Nerv an der eingetauchten Stelle vollständig leitungsunfähig. Nach intraduraler Injektion tritt nach einiger Zeit vollständige Anästhesie und Lähmung der unteren Extremitäten ein, die nach längerer Zeit wieder vorübergeht.

Franke injizierte einem an Tetanus traumaticus leidenden 32jährigen Manne intradural in Abständen von 4—5 Tagen dreimal 1—2 cm³ einer 25%igen Lösung von Magnesium sulfuricum. Der Erfolg war jedesmal ein promptes Nachlassen der Spasmen, Abfall der Temperatur und Bes-



serung des Allgemeinbefindens. Die Symptome kehrten nach 2—3 Tagen zurück, jedesmal aber in geringerem Maße wie früher und blieben schließlich ganz aus.

Franke hält die Wirkung für eine rein symptomatische: Verminderung der Reizbarkeit der Nervensubstanz, Aufhören der Spasmen und dadurch Erholungsmöglichkeit für den Körper.

Als üble Nebenwirkung war nur eine rasch vorübergehende Apnoe zu konstatieren.

Der günstige Erfolg macht eine Nachprüfung in geeigneten Fällen sehr wünschenswert. — (Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 14, 1907.)

5. Der Name Almagià mag als Entschuldigung dienen, daß Ref. die vorliegende Notiz bis auf weitere Bestätigung der Resultate nicht übergangen hat. Auf Grund von Laboratoriumversuchen behandelten Almagià und Mendes zwei Patienten mit Tetanus mittels Injektionen von Cholestearin. Der erste Fall — Ausbruch des Tetanus zwölf Tage nach der Infektion — war vorher mit Tizzonischem Antitoxin behandelt worden; am dritten Tage nach dem Eintritt wurde mit Cholestearininjektionen in steigender Dosis bis 1·5 g pro die begonnen. Nach fünf Tagen setzte die Besserung ein, am 15. Tage der Behandlung war der Patient geheilt. Bei dem zweiten Fall konnte fünf Tage nach Ausbruch der Erscheinungen begonnen werden. Die Besserung kam nach vier Tagen, die Heilung nach zirka 19 Tagen bei einer Gesamtmenge von zirka 17 g injizierten Cholestearins. — (R. Acc. Med. di Roma, 27. Jänner 1907; Morgagni Riv., 30. März 1907.)

Kreolin in der Chirurgie. Von Bogdanik. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Da eine ganze Reihe chirurgischer Erkrankungen, in welchen wir auf antiseptische Mittel nicht verzichten können, übrig bleibt, möchte Vf. auf Grund vieljähriger Erfahrung das Kreolin empfehlen, welches wirklich hervorragende Eigenschaften besitzt und wegen seiner Unschädlichkeit Laien in die Hand gegeben werden kann. Durch Obalinski aufmerksam gemacht, wendete Vf. dasselbe bei Erysipelas an. Wegen der heftigen Schmerzen bei großen Dosen wandte Vf. schwächere Lösungen zu 1/2% an. Diese Lösungen verursachen keine Unannehmlichkeiten, umgekehrt wirken sie schmerzlindernd, so daß die Kranken selbst das Anfeuchten der Verbände verlangen. Bei einer Bäuerin mit symmetrischen Brandwunden versuchte Vf. das Kreolin und ließ deshalb eine Extremität mit Oleum lini und Aqua calcis behandeln, die andere mit 1/2%iger Kreolinlösung verbinden. Nach fünf Tagen fand Vf. auf beiden Extremitäten einen Kreolinverband. Die Kranke verlangte ihn selbst, „denn der andere Verband ist nichts wert". Seit dieser Zeit verwendete Vf. bei Brandwunden nur wässerige, 1/2%ige Kreolinverbände. Unter anderem ist ein Fall zu verzeichnen, der nicht unerwähnt bleiben darf. In einen Farbkessel mit 60° R. fiel ein Arbeiter, welcher nur in Beinkleider gekleidet war, und tauchte vollkommen unter. Er wurde hervorgeholt und ins Spital gebracht. Fast der ganze Körper wies Verbrennungen I. und II. Grades auf und selbst die Schleimhaut der Mundhöhle und das Trommelfell waren verbrüht. Vf. ließ den Kranken in ein in Kreolinlösung getauchtes Leintuch einwickeln und dasselbe öfters anfeuchten. Große nekrotische Hautpartien stießen sich ab, aber der Kranke kam mit dem Leben davon. Von da an wendete Vf. das Kreolin auch bei Congelatio I., II. und III. Grades an. Mit Ausnahme eines 49 Jahre alten Arbeiters, welcher in Agonie aufgenommen wurde, genasen alle Fälle, obwohl bei einigen mehrfache Amputationen vorgenommen wurden, bei einem Kranken sogar beide Unterschenkel, der linke Vorderarm und die rechte Hand amputiert wurden. Bei allen Kranken bildete sich die Demarkation rasch, ohne einen so penetranten Geruch zu verbreiten, wie das gewöhnlich geschieht. Weiter wendete Vf. Kreolin bei ausgedehnten Quetschwunden an und fand, daß sich die gangränösen Teile sehr rasch abstoßen. Einem dreijährigen Mädchen wurde der linke Oberarm nahe am Schultergelenke durchschossen. Die ganze obere Extremität

war kalt, pulslos, die Kranke bewußtlos. Da der Vater des Kindes in eine Amputation nicht einwilligte, legte Vf. nur einen in Kreolinlösung getauchten Verband an. Nach acht Tagen wieder gerufen, verspürte man keinen penetranten Leichengeruch, obgleich nach der Entfernung des Verbandes die verweste Extremität sich nahe am Schultergelenk ablöste. Der Stumpf war mit schönen Granulationen bedeckt. Die Kranke genas.

Kreolin wirkt auf das gequetschte Gewebe antiseptisch, ohne Thrombosierung der Gefäße zu bewirken, was Karbol so leicht tut. Das nekrotische Gewebe stößt sich ab, aber nur im Bereiche, wodurch das Trauma die Gefäße gänzlich zerstört und die Blutzirkulation vollkommen aufgehoben wurde. Unter der Kreolinbehandlung macht Vf. daher von der Konservierung der Extremitäten ausgiebigen Gebrauch. Auf die gequetschte Gliedmaße kommt zuerst ein Kreolinverband, welcher tagsüber öfters mit $^1/_2$%iger Kreolinlösung angefeuchtet wird. Amputiert respektive enukleiert wird erst dann, wenn sich die Demarkationslinie gebildet hat. Wenn aber noch Aussicht vorhanden ist, die Extremität zu retten, wird sie auf eine Schiene gelagert und in einen Kreolinverband eingehüllt. Nur ganz lose Muskel- oder Knochenstücke werden entfernt. Während des Verbandswechsels schneidet Vf. nur das nekrotische Gewebe ab. Aus Erfahrung weiß man, daß die primäre Amputation beider unteren Extremitäten infolge Traumas fast absolut tödlich ist. Der Kranke stirbt oft noch während der Operation; der Blutverlust bei der Operation trägt wohl zweifellos dazu bei. Wie Vf. nun in solchen Fällen vorgeht, mag folgende Krankengeschichte illustrieren:

Jan J., 30 Jahre alt, wurde am 23. August 1906 ins Spital aufgenommen, da ihm 6 Stunden vorher beide Unterschenkel von einem Eisenbahnzug überfahren worden waren. Die abgequetschten Beine, welche nur ganz lose hingen, wurden entfernt und auf beide Extremitäten ein Kreolinverband angelegt. Gleichzeitig wurde eine Injektion mit physiologischer Kochsalzlösung gemacht. Nachdem sich die Wunden gereinigt hatten, wurde am 17. September die Reamputation des linken und am 29. September die des rechten Unterschenkels vorgenommen. Am 23. November wurde der Kranke genesen entlassen. Wenn Vf. den Kranken primär amputiert hätte, hätte er ihn zweifellos verloren. Wo die Zertrümmerung der Haut und der Muskeln noch nicht so hochgradig ist, resorbiert sich unter den Kreolinumschlägen das Blutextravasat, die Zirkulation wird wieder hergestellt und selbst große Hautdefekte vernarben. Die Narbe wird geschmeidig, weich und hautähnlich. Auch bei akuten Eiterungen, z. B. Mastitis, Phlegmone, Carbunculus, hat Vf. bei der Kreolinbehandlung vorzügliche Erfolge. Vf. behandelt seit einem glücklich verlaufenen Falle Mastitis stets mit Kreolinumschlägen, beobachtet aber die Kranken, um im Notfalle durch ausgiebige Inzisionen den Eiter zu entleeren. Bei Thrombosen und nachträglicher Entzündung der Venen (Phlebitis), bei vernachlässigten Unterschenkelgeschwüren sind die Erfolge der Kreolinbehandlung auffallend. Vf. führt einen sehr günstig verlaufenen Fall, eine Thrombophlebitis mit nachfolgender Sepsis, vom chronischen Unterschenkelgeschwüre ausgehend, an. In diesen Fällen haben Kreolinumschläge die graue Salbe, essigsaure Tonerde etc. vollkommen verdrängt. Doch gibt es Kranke, welche Kreolin nicht vertragen. Statt der $^1/_2$-prozentigen wässerigen Lösung verordnet Vf. entweder eine 5%ige Kreolinsalbe oder trockene antiseptische Verbände. Trockene Verbände legt Vf. gewöhnlich auch dann an, wenn die Eiterung durch die Kreolinbehandlung ganz aufgehört hat. Bei reinen Wunden, bei Operationen, wo Vf. eine Prima intentio erwartet, wendet er es nicht an. Wenn aber nach der Operation die Asepsis im Stiche läßt, werden Kreolinumschläge gemacht. Kreolin (P e a r s o n) mischt sich mit Wasser sehr gut; es empfiehlt sich aber, das Präparat ins Wasser zu gießen und nicht umgekehrt. Vf. verschreibt daher:

Rp. Aq. dest. 1000·0
Creolini Pearsoni 5·0
M. D. S. Zu Umschlägen.



Auf die wunde Fläche kommt zuerst eine Lage entfettenen Mulls, darauf kommen in Kreolinlösung eingetauchte Watte und Billroth-Battist. Zur Salbe gibt Vf. zwecks Desodorisierung peruvianischen Balsam zu. Die Salbe verschreibt Vf. nach folgender Formel:

Rp.	Vaselini flavi	100·0
	Bals. peruviani	10·0
	Creolini Pearsoni	5·0

M. f. ungt. S. Salbe.

Vf. fügt zum Schlusse an, daß er das Mittel aufs beste empfehlen könne, es habe schon viele Schmerzen gelindert und viele Gliedmaßen gerettet. Kritiklos dürfe es jedoch nicht angewendet werden; wenn binnen weniger Tage eine Besserung einträte, müsse es durch andere Mittel ersetzt werden. — (Klin.-ther. Wochenschr., Jänner 1907.)

Geburtshilfe.

Hyperemesis gravidarum. Von Dr. Karl Baisch. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Zwei Tatsachen können als Schlüssel für die Erklärung der Hyperemesis gravidarum verwertet werden. Einmal die Beobachtung, daß nichts mit solcher Zuverlässigkeit und geradezu momentanem Erfolg das Erbrechen zum Verschwinden bringt, wie die Ausräumung des Uterus; zweitens der Umstand, daß nicht selten ein ganz irrelevanter Eingriff, die Aetzung einer Erosion, ja selbst irgend ein zum Schein unternommenes Manöver selbst schwerst Erkrankte mit einem Schlage geheilt hat. Beide Erfahrungstatsachen erweisen, daß keine giftigen Stoffwechselprodukte, keine toxischen Substanzen die Ursache des Erbrechens sind. Baisch unterscheidet drei Arten von Hyperemesis: Eine zentrale, stomachale und uterine. Bei der zentralen leitet man die Behandlung ein durch absolute Bettruhe. Ein Thermophor auf die Magengegend oder eine Eisblase auf den Unterleib und andauernde Rückenlage werden weiter angeordnet. Bei ernsteren oder länger bestehenden Erkrankungen wird für 24 Stunden jegliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr verboten. Der quälende Durst wird durch physiologische Kochsalztransfusionen beseitigt. Erst nach Ablauf dieser Fastenzeit, in leichteren Fällen schon von vornherein, darf die Kranke in Eis gekühlte Milch kaffeelöffelweise zu sich nehmen. Etwas Zwieback bildet am nächsten Tage den Uebergang zu größerer Abwechslung: Tee oder Kaffee mit Milch, Bouillon, einer schmackhaften Schleimsuppe, leichten Breien. Die flüssige Kost hat in diesen ersten Tagen zu überwiegen, und kleine Portionen in nicht zu kurzen Zwischenräumen erwecken und reizen den Appetit. Versagt diese Therapie, so schreite man zur Entfernung aus der bisherigen Umgebung und Ueberführung in ein Krankenhaus. Von den vom Vf. beobachteten 20 Fällen von Hyperemesis gehören 15 zur zentral bedingten Form. Bei zwei Frauen kam es zur Unterbrechung der Schwangerschaft, bei den übrigen 13 trat nach 2—3wöchentlicher Behandlung Heilung ein.

Bei der stomachalen Form begünstigt eine schon vor der Schwangerschaft bestehende Empfindlichkeit des Magens die Auslösung des Brechreizes und seine übermäßige Steigerung. Hier hat eine streng geregelte Diät, besonders die Beschränkung auf flüssig-breiige Kost, die erst allmählich reichhaltiger zu gestalten ist, gute Erfolge. Von drei Frauen mußte bei einer der Abort eingeleitet werden, während zwei in Genesung übergingen.

Bei der uterinen Form eignet sich in erster Linie die Unterstützung der Kur durch medikamentöse Therapie, die die Herabsetzung der Erregbarkeit des Brechzentrums zum Ziel haben muß. Alle Nervina, vom Brom bis zum Morphium, in subkutaner Anwendung verdienen hier Beachtung, besonders anzuraten ist das Skopolamin in Dosen von 0·3—0·5 mg ein- bis zweimal täglich; daneben sind wiederholte reichliche Einläufe zum Zweck einer Auswaschung des Organismus dringend zu empfehlen. Schlägt die konservative Behandlung fehl, so ist zu der Unterbrechung der Schwangerschaft zu schreiten. Die Entscheidung gibt die ständige Abnahme des Körpergewichts; in der Woche zweimalige Gewichtskontrolle wird hierüber Klarheit schaffen.

Die Ausräumung muß möglichst schnell in einer Sitzung vorgenommen werden. Am Abend vorher Sondendilatation und Einführen eines dicken Laminariastiftes in den Uterus. Mit der Winterschen Eihautzange gelingt es dann leicht, am folgenden Morgen in wenigen Minuten das ganze Ei zu entfernen. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 11, 1907.)

Die Lebenschancen der Kinder von künstlichen Frühgeburten und Kaiserschnitten. Von Paul Schneider. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Schneider hat seine Beobachtungen dem Material der Straßburger Frauenklinik entnommen. Vom 1. Januar 1891 bis 30. Juni 1905 kamen 70 Frauen wegen Beckenenge zur künstlichen Frühgeburt mit im ganzen 110 künstlichen Frühgeburten. Dazu kommen noch zehn künstliche Frühgeburten, welche diese 70 Frauen außerdem durchgemacht haben. Bei diesen 110 (122) künstlichen Frühgeburten wurden 80·9% (80·33%) Kinder lebend geboren, und zwar 45·6% (41·7%) mehr wie bei den Spontangeburten derselben Frauen. Das Verhältnis von totgeborenen Knaben zu Mädchen beträgt 3 : 2. Von den durch künstliche Frühgeburt in der Klinik geborenen Kindern wurden am 8. bis 10. Tage post partum lebend entlassen 61·8%, Knaben 29·1%, Mädchen 32·7%. Von den außerhalb der Klinik vor- oder nachher durch künstliche Frühgeburt von denselben Frauen geborenen 12 Kindern starben innerhalb der ersten 12 Tage 6 Kinder, was das Gesamtresultat auf 60·7% ändert. Die übrigen sechs außerhalb der Klinik Geborenen wurden alle über ein Jahr alt. 105 Beobachtungen von den in der Klinik geborenen Kinder liegen vor. Von diesen wurden 63 (27 Knaben, 36 Mädchen) lebend entlassen. Im ersten Lebensjahre starben von diesen 12 (4 Knaben, 8 Mädchen) = 17·65%, und zwar 2 an Brechdurchfall, 2 an Herz- oder Hirnschlag, 2 an schreiende Gichter, 2 an Lungenentzündung, 4 an unbekannter Ursache. Von den 15 Kindern lediger Mütter sind im ganzen nur 2 über 10 Monate alt geworden; auch von 15 spontan geborenen Kindern dieser 9 Ledigen leben nur 2 länger als ein Jahr. Unter den 51 Kindern, die länger als ein Jahr lebten bezw. leben, sind 24 Knaben und 27 Mädchen. Die durchschnittliche Lebensdauer derselben beträgt 6 Jahre. Diese Kinder sind ziemlich kräftig, gut entwickelt und sind nicht mehr krank gewesen als andere Kinder auch. 45 Mütter haben ihre Kinder durchschnittlich $10^1/_2$ Monate selbst gestillt. Laufen lernten die Kinder mit $14^1/_2$ Monaten. In der gleichen Zeit kamen in der Straßburger Frauenklinik aus gleicher Indikation 26 Frauen zum Kaiserschnitt. Es wurden lebend geboren 25 Kinder = 92·3%, totgeboren 2 = 7·7%. Von den 27 Kindern sind durchschnittlich nach etwa 20 Tagen 22 Kinder lebend aus der Klinik entlassen = 81·5%, Knaben 11 = 40·8%, Mädchen 11 = 40·0%. Nur 14 der 27 Kinder leben länger als ein Jahr = 51·8%. Die Todesursache ist bei fünf Kindern eine Störung im Verdauungsapparat bezw. Körperschwäche, bei zwei Kindern unbekannt, bei einem Masern. Von den 8 Müttern waren 4 ledig, 4 verheiratet. Muttermilch erhielten 12 Kinder durchschnittlich 7 Monat lang, laufen lernten 11 Kinder durchschnittlich mit 15 Monaten. Die Erklärung der erstaunlichen Aenderung der Zahlen nach der Entlassung bis zum Ende des ersten Lebensjahres sieht Vf. zum Teil in den erstgeborenen Kindern, von denen nur 2 von 8 länger als ein Jahr leben, zum Teil in den ledigen Müttern; von ihren 8 Kindern überlebt nur eines das Ende des 1. Lebensjahres.

Bei 8 Frauen wurden beide Operationen ein- oder mehrmals vorgenommen. Bei diesen wurden:

	bei künstlicher Frühgeburt	Kaiserschnitt
totgeboren	7	1
in der Klinik gestorben	2	—
im ersten Lebensjahr gestorben	1	1
länger als ein Jahr lebend	9	6

Vf. kommt zu dem Ergebnis, daß die Aussichten für die Kinder der künstlichen Frühgeburten nicht wesentlich schlechtere sind, als die ausgetragener Kinder, das erste und auch die nächsten Lebensjahre zu überdauern. Zum Schluß bricht Vf. eine Lanze für die künstliche Früh-

geburt bei engem Becken, die wegen ihrer geringeren Mortalitätsziffer bei den Müttern und den nachgewiesenen guten Lebenschancen der Kinder nicht, wie Zweifel und Kroenig es wünschen, ausgetilgt werden sollte als Entbindungsmethode bei engem Becken, sondern weiter eine der ersten, wenn nicht die erste Stelle einnehmen sollte. — (Inaug.-Diss., Straßburg 1906.)

Zur Behandlung der Placenta praevia in der allgemeinen Praxis. Von Dr. Füth, Koblenz. Ref. G. Wiener, München.

Erst seit der Einführung der Methode von Braxton Hicks, der Tamponade mittels des Kindes, wurden die Resultate für die Mutter bedeutend besser. Die kombinierte Wendung wird aber in der Außenpraxis meistens erst ausgeführt, wenn der Muttermund für zwei Finger durchgängig ist; ist derselbe enger, so muß er durch die in der allgemeinen Praxis nicht empfehlenswerte Scheidentamponade genügend erweitert werden.

Hier nun tritt die neueste Form der Tamponade bei Placenta praevia, die Metreuryse, bei der Blutstillung und Erweiterung durch den in den Uterus eingeführten Gummiballon erzielt wird, in ihre Rechte. Der Metreurynter kann eingeführt werden, wenn der Zervivalkanal nur für einen Finger durchgängig ist, und sollte derselbe noch geschlossen sein, so kann er rasch durch feste Dilatatoren auf Fingerweite gebracht werden. — (Zentralblatt f. Gynäk., Nr. 12, 1907.)

Die Hauptursache der Plazentarretention und ihre Verhütung. Von Dr. S. Durlacher, Ettlingen. Ref. G. Wiener, München.

Von einer Nachgeburtsretention wird im allgemeinen gesprochen, wenn die Ausstoßung der adhärenten Plazenta länger als zwei Stunden auf sich warten läßt. Aber auch schon vor diesem Zeitpunkte kann ein pathologischer Zustand angenommen werden, wenn die Plazenta gelöst ist, aber nicht austritt, oder wenn sie sich nicht physiologisch löst, was zu Blutungen Veranlassung gibt. Die Ursachen der Plazentarretention sind mannigfache: Manchmal liegt Wehenschwäche vor, auch reichliches Fruchtwasser, sehr rasch verlaufende Geburten, mechanische Hindernisse oder Verlagerungen des Uterus können daran Schuld sein. Ferner die stark gefüllte Blase oder Spasmus des inneren Muttermundes, auch die Insertion in der Tubenecke und dünne Beschaffenheit der Plazenta. Die wichtigste Rolle spielt aber die teilweise Lösung der Plazenta, ein Vorgang, der durch Drücken und Kneten in der Nachgeburtsperiode bedingt wird.

Nach der Geburt des Kindes soll daher die Hebamme die Gebärende genau überwachen; ist nach Verlauf einer Stunde die Nachgeburt nicht abgegangen, steht der Gebärmuttergrund unterhalb des Nabels, so muß sofort ein Arzt geholt werden. Steht der Fundus jedoch oberhalb des Nabels, so versuche die Hebamme die Plazenta auszudrücken. Treten gefährliche Blutungen auf, so soll der Uterus mit aller Kraft gegen die Wirbelsäule gedrückt werden. Dringend ratet der Vf. von der manuellen Plazentarlösung seitens der Hebamme ab, wie er denn überhaupt die Behauptung aufstellt, daß die beste Verhütung der Nachgeburtsretention darin besteht, nach Austritt des Kindes weder Uterus noch Bauchdecken zu berühren. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 8, 1907.)

Dermatologie.

Haut.

1. **Zur internen Behandlung der Akne.** Von Josef Kapp, Berlin. Von Eugen Binswanger, München.
2. **Ein Fall von zirkumskripter Sklerodermie, behandelt mit Mesenterialdrüsen.** Von Schwerdt, Gotha. Ref. Einstein, Stuttgart.
3. **Weitere Fälle von Sklerodermie, behandelt mit Mesenterialdrüsen.** Von Schwerdt, Gotha. Ref. Einstein, Stuttgart.
4. **Ueber Phenyform, ein neues antiseptisches Streupulver.** Von Dr. A. Schuftan, Berlin. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
5. **Eine Methode zur Heilung chronischer Lokalekzeme.** Von Spiegler, Wien. Ref. Einstein, Stuttgart.

1. Kapp steht auf dem Sandpunkt, daß der intestinale Ursprung mancher Fälle von Akne zwar noch nicht erwiesen ist,

durch eine Reihe von Analogien (Arzneiexanthem, Urtikaria nach Genuß gewisser Speisen, Dermatosen durch verdorbene Nahrungsmittel) aber sehr nahegelegt wird.

Seine eigenen Untersuchungen bei 33 juvenilen Aknekranken liefern einen weiteren Hinweis nach dieser Richtung. Er fand nämlich bei Untersuchung des Harnes dieses Kranken die Symptome erhöhter Eiweißfäulnis im Darm, nämlich 33mal den Gehalt des Harnes an Indoxylschwefelsäure, dreimal an Phenol-Kresol, sowie 30mal an aromatischen Oxysäuren vermehrt.

Die Erkenntnis des Parallelgehens von erhöhter Eiweißfäulnis und Akne veranlaßte Kapp nach einer antifermentativen und die Darmtätigkeit leicht beschleunigenden Therapie zu suchen und er kam dabei zur Anwendung einer Kombination von Schwefel und Menthol (Sulfur. praecip. 1·0, Menthol 0·25, zwei- bis dreimal täglich. Als Akne-Dragées aus dem Laboratorium Dr. Laboschin, Berlin, zu beziehen).

Mit diesem Mittel erzielte er bei drei- bis viermonatiger Anwendung stets eine wesentliche Besserung, ja mehrfach glatte Heilung. Die lokale Therapie murde dabei nicht vollständig eingestellt, sondern auf die nötigsten Inzisionen, Bedeckung mit Quecksilber-Karbol-Pflastermull und Desinfektion mit Formalinseifenspiritus beschränkt. Die guten Erfolge und die exakte Begründung der von Kapp vorgeschlagenen Therapie lassen deren Nachprüfung wohl empfehlenswert erscheinen. — (Ther. Monatsh., März 1907.)

2. und **3.** Schwerdt hat eine Theorie aufgestellt, nach welcher die Neurasthenie, Enteroptose, Basedowsche Krankheit, das Myxödem und die Sklerodermie einen inneren Zusammenhang haben. Er nimmt an, daß — wenigstens bei den letzten drei obengenannten Krankheiten — durch eine Insuffizienz der Lymphgefäßklappen am Truncus lumbalis der vom Darm kommende, mit einem Toxin beladene Chylus sich neue Wege suchen muß und unter Umgehung der Mesenterialdrüsen auf einer Kollateralbahn dem Venensystem zugeführt wird. Den Ausfall der entgiftenden Mesenterialdrüsenfunktion, der auf diese oder andere Weise zustande kommt, sucht nun Schwerdt durch Gaben mit Mesenterialdrüsensubstanz wettzumachen. In der ersten, schon 1905 erschienenen Arbeit beschreibt er einen Fall von zirkumskripter Sklerodermie, der auf diese Weise wesentlich gebessert wurde. Die neue Arbeit bringt fünf weitere Fälle von Sklerodermie, die mit demselben guten Resultate mit Mesenterialdrüsensubstanz behandelt wurden. Die von Apotheker Bormann, Gotha, hergestellten Tabletten à 0·3 g, kommen dem Gewicht frischer vom Schafe gewonnener Drüsensubstanz gleich und werden als Coeliacin-Tabletten in den Handel gebracht. Die Dosierung ist 1—2 Stück täglich. Die Tabletten werden fast stets gut ertragen, nur bei einem Fall von Morbus Basedowii schienen sie schädlich zu wirken. Schwerdt rät daher, sie vorerst nur bei Sklerodermie anzuwenden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11, 1905 u. Nr. 25, 1907.)

4. Schuftan verweist auf seine früheren toxikologischen Versuche mit Phenyform, welche die vollständige Ungiftigkeit des Präparats festgestellt haben. Er wendet Phenyform seit zwei Jahren als Ersatz des Jodoforms an, und zwar insbesondere bei inzidierten Leistendrüsen Ulcera mollia, Ulcera dura, Panaritien und sonstigen Abszessen, Herpes genitalis, Balanitis, Ekzemen, eiternden Wunden und im letzten halben Jahre auch bei Urethritiden und speziell bei Gonorrhöe in Form von 20%igen Phenyformethralstäbchen. Bei letzterer Affektion wirkte Phenyform am besten im Anfangsstadium, einfache Urethritiden heilten fast alle nach 5—8 Tagen. Es wirkte das Phenyform in allen von Schuftan näher ausgeführten Fällen gut austrocknend, zeigte sich stets reizlos, erzeugte niemals irgendwelche Ekzeme oder Vergiftungserscheinungen und rief vor allem eine Granulation der Wundfläche hervor. Die 10%ige Phenyformgaze wirkte in vielen Fällen noch günstiger als das Pulver, da letzteres doch, wie alle Streupulver, bei stark eiternden Wunden in vereinzelten Fällen auch

Krusten mit dem Sekret bildet, unter denen dann noch etwas Eiter stagnieren kann. Alles in allem erscheint Schuftan doch das Phenyform, einerseits seiner feinen Verteilung und Geruchlosigkeit wegen, anderseits infolge seiner direkten Vorzüge als Wundmittel und seiner Ungiftigkeit wegen als ein durchaus brauchbarer Ersatz für das zumal durch seinen Geruch so gefürchtete Jodoform. — (Ther. Monatsh., Sept. 1906.)

5. Für die schwer heilbaren, über Dezennien dauernden, umschriebenen, chronisch infiltrierten Ekzeme, wie sie an den Extremitäten, dem Skrotum, der Umgebung des Anus, im Nacken u. s. w. vorkommen, hat Spiegler folgende erfolgreiche Behandlungsmethode eingeführt: Sehr kräftiges Abreiben der ekzematösen Stellen mittels eines in 50%iger wässeriger Kal. caustic. getauchten Wattestäbchens bis zur vollständigen Entfernung der ekzematösen Stellen. Wichtig ist, dabei auch die Umgebung mitzubehandeln, in welcher oft kleinste, nicht wahrnehmbare Ekzemherde sitzen, die zu Rezidiven Anlaß geben können. Wenn nach energischer Behandlung keine neuen Epithelverluste mehr auftreten, spült man mit Wasser ab, trocknet mit einem Handtuch und pinselt dann die geätzte Fläche mit 20%iger Lapislösung ein. Dann verbindet man mit Dermatolgaze. Meist ist nur ein Verbandwechsel nötig, nur bei stärkerem Nässen muß der Verband öfters erneuert werden. Die Heilung dauert 3—6 Wochen; sie erfolgt meist unter Narbenbildung, die je nach dem Grade der Aetzung verschieden stark ist. Daher Vorsicht bei Behandlung von unbekleideten Körperstellen!

Das lästige Jucken der Ekzeme hört sofort nach der Aetzung auf, dagegen ist die Aetzung selber schmerzhaft, so daß man manchmal Narkose anwenden muß. — (Zentralbl. f. d. Gesamtgeb. d. Med. u. ihrer Hilfswissensch. Nr. 9, 1907.)

Ueber Sulfur colloidale. Von Dr. M. Josef. Ref. Nobl, Wien.

Bei der ausgebreiteten Anzeige der Schwefelanwendung gegen Hautkrankheiten ist es als Fortschritt zu begrüßen, daß den bisher bekannten unlöslichen Modifikationen des Präparats auch Formen an die Seite gestellt werden, die eine gleichmäßigere Einwirkung und energischere Penetration gestatten. Diesen Indikationen scheint ein Produkt zu entsprechen, welches die Chemische Fabrik Heyden-Radebeul auf die Anregung Josephs zur Darstellung bringt. Einem flüssigen Schwefelpräparat zu entsprechen scheint die Ueberführung in den Zustand kolloidaler Lösungen. Der kolloidale Schwefel stellt ein grauweißes Pulver dar, welches sich in Wasser zu einer milchähnlichen Flüssigkeit löst. Im durchfallenden Lichte schillert die Lösung bläulich. Die Lösung muß immer frisch bereitet werden, weil sich nach einiger Zeit Sediment ausscheidet. Man übergießt das abgewogene Quantum des Präparats mit kaltem Wasser, läßt es einige Minuten ruhig stehen und schüttelt darauf tüchtig um, wobei sehr schnell die feinste Suspension eintritt. Für den kolloidalen Zustand der Lösung ist die Tatsache beweisend, daß bei der Dialyse keine Spur Schwefel durch die Membran geht. Das Präparat ist löslich in physiologischer Kochsalzlösung. Mit Fetten, Lanolin, Vaseline, Wachs etc. läßt sich das Präparat zu gut einreibbaren Salben verreiben, welche dann den Schwefel in sehr fein verteiltem Zustand enthalten. Der kolloidale Schwefel besteht nur zu 80% aus Schwefel, und enthält ungefähr 20% Eiweißsubstanzen, welche den wasserlöslichen, kolloidalen Zustand bedingen und für die Haltbarkeit des Präparats wichtig sind.

Die den kolloidalen Substanzen zukommenden Fähigkeiten — die Wasserlöslichkeit, das katalytische Vermögen, geringe Reizwirkung etc. — sind auch dem kolloidalen Schwefel zuzusprechen und qualifizieren ihn zu einem ergänzenden Behelf der Dermatotherapie, wobei jedoch daran zu erinnern wäre, daß auch in der Schwefelmilch — namentlich wenn sich dieselbe im frisch hergestellten Zustande befindet — ein Gemenge von löslichem und unlöslichem kolloidalen Schwefel enthalten ist.

Josephs mit dem Präparat gewonnene Erfahrungen beziehen sich auf die verschiedensten Dermatosen und Applika-



tionsweisen des kolloidalen Schwefels. Empfohlen werden besonders die 10%ige Lösung des kolloidalen Schwefels in Wasser, die 10%ige Salbe und 10%ige Schüttelmixtur. Für inveterierte Gesichtsakne empfiehlt sich die 2%ige Salizylpasta Lassars mit 10% Sulf. colloidale. Dieselbe wird abends messerrückendick aufgetragen, mit Gazeläppchen bedeckt und darüber ein Leinentuch befestigt. Am nächsten Morgen wird die Pasta mit Oel weggewischt, das Gesicht mit warmem Wasser und 10%iger neutraler kolloidaler Schwefelseife (Sulfoidseife) gewaschen. Bei zu starker Reizwirkung wäre die Pasta durch folgende Salbe zu ersetzen: Sulf. colloidal. 10·0, Acid. salicyl. 2·0, Vaselin. americ. alb. ad 100·0. Bei der Anwendung ähnlich zusammengesetzter Salben soll keine Konjunktivalreizung auftreten. Die gleiche Behandlung ist bei Acne rosacea am Platz, hier in Kombination mit Auftupfen von 2·5%igem Resorzinspiritus. Als Ersatz der Vlemingkxschen Lösung, die einen starken Schwefelwasserstoffgeruch verbreitet und auch als Ersatz anderer schwefelkalziumhaltiger Zubereitungen empfiehlt J. eine pasteuse Mischung von kolloidalem Schwefel und Schmierseife nach folgender Formel:

50 kolloidaler Schwefel
350 dest. Wasser
150 Schmierseife

auf 500·0 mit 5 Tropfen Neroliöl parfümiert. Besonders angezeigt ist das Präparat bei der Alopecia seborrhoica pityrodes. Hiezu dient die 10%ige wässerige Lösung als Waschwasser; tägliche Waschung morgens, am Abend Schwefelsalbe. Dienste sind noch zu erwarten bei Pityriasis rosea und Eczema squamosum, am besten in Form der Schüttelmixtur: Sulf. colloidal. 10·0, Zinc. oxydat., Amyl. aa 20·0, Glyzerin 30·0, Aq. dest. ad 100·0. — (Dermat. Zentralbl., Nr. 12, 1907.)

Zur „Kenntnis der Sporotrichosis". Von Gaucher. Ref. Nobl, Wien.

Seit einer Reihe von Jahren werden in Frankreich und Amerika Krankheitsformen beschrieben, die bei der größten klinischen Uebereinstimmung mit Hautprozessen spätluetischer oder tuberkulöser Natur, einer eigenen ätiologisch begründeten Klasse angehören sollen. In den Gewebsprodukten zeigen sich mikroskopisch aus Fäden und Myzelien bestehende Pilzrasen, auf welchen braune Sporen keimen. Aseptisch entnommener Eiter zerfallender Läsionen gibt auf zuckerhältigen Nährböden, die bei Zimmertemperatur gehalten werden, nach 8—10 Tagen gelbweiße, rundliche Kolonien, die sich bald ausbreiten, sich erheben, falten und im Zentrum braun werden. Die Ausbrüche sind multipel, sehr lange andauernd, die Wucherungen nehmen gewulstete Formen an, werden von Fisteln perforiert, Drüsenschwellungen treten nicht auf. Die zerfallenden Knoten werden zu Eiterherden, die endlos fortsezernieren. Jodkali innerlich 2—3 g pro die, sowie Umschläge mit dem Medikament bringen die Sporotrichose zum Stillstand. — (Gaz. d. hôpitaux, Nr. 67, 1907.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Gonorrhöe.

1. **Die Gonorrhöe beim Weibe, einige ihrer ungewöhnlichen Züge.** Von Dr. Hunner. (Baltimore City Medical Society.) Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
2. **Zur Verhütung der Gonorrhöe.** Von Dr. Spitzer, Wien. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
3. **Ein kleiner Beitrag zur Gonorrhöe-Therapie.** Von Dr. Prurac (Montpellier). Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
4. **Ueber Phosphaturie bei Gonorrhöe.** Von Dr. Oppenheim, Wien. Ref. G. Wiener, München.
5. **Antikritisches zu meiner Tripperstatistik.** Von Prof. Dr. Wilhelm Erb. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
6. **Zur Therapie der Prostatitis gonorrhoica.** Von Dr. Wilhelm Lüth. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

I. Aus dem Vortrage Hunners ist folgendes bemerkenswert:

Im Durchschnitt sind die Fälle von gonorrhoischer Urethritis und Zystitis



beim Weibe von verhältnismäßig kurzer Dauer und auf sich selbst beschränkt. Der häufigste Sitz der Harnröhrenstriktur ist das äußere Orific. urethrae und bei Stenose an dieser Stelle fehlen gewöhnlich die Urethral-Labien. Nach der operativen Entfernung der gonorrhoisch affizierten Genitalorgane klagen die Kranken sehr oft über ein exzessives Jucken und äußerste Empfindlichkeit in den Bauchnarben. Hunner nimmt an, es müsse hier ein von dem Gonokokkus erzeugtes Toxin wirksam sein, das eine Hyperästhesie im Beckengewebe, in der Bauchnarbe und an dem Blasengrunde hervorrufe, gerade nachdem die gewöhnlichen Entzündungserscheinungen verschwunden seien.

Bei Trigonitis wendet Hunner Silbernitrat bis zu 10 oder 20% an; mit der in Deutschland gebräuchlichen Protargollösung von 4, 5 oder 6% hat Hunner gewöhnlich Zystitiden verursacht, so daß er keine stärkere Protargollösung als 2%ige anwendet.

Chronische Zervixgonorrhöe behandelt er mit Paquelin, in der Weise, daß er gleichzeitig mit diesem Instrument tiefe Inzisionen mit großem Erfolge ausführt, in den meisten Fällen ist gar keine Anästhesie notwendig.

Bezüglich der Behandlung der eitrigen Tuben vertritt Hunner die konservative Methode, beschreibt an einem Falle die Eröffnung der Bauchhöhle bei allgemeiner Peritonitis und eitriger Salpingitis mit nachheriger vaginaler Drainagierung der Bauchhöhle, wobei er die Fimbrienenden in die suprapubische Wunde brachte. Zum Schlusse bespricht Hunner die Differentialdiagnose der gonorrhoischen Peritonitis, der er, abgesehen von den übrigen Erscheinungen der akuten allgemeinen Peritonitis, besonders plötzliches Einsetzen, rapides Fortschreiten, rascheres Ansteigen zu den höchsten Temperaturen, schnelle Prostration und wieder plötzliches Nachlassen der Symptome innerhalb kurzer Zeit zuschreibt.

Eine Peritonitis kurz nach der Heirat oder zur Zeit oder nahe der Periode sollte Verdacht auf Gonorrhöe erregen, desgleichen eine Peritonitis unmittelbar nach bimanueller Palpation von eitrigen Tuben, sowie Klagen über häufige und Brennen verursachende Miktion eine oder zwei Wochen vor der Peritonitis. — (The American Journal of Obstetrics, März 1907.)

2. Im Eingange seiner Abhandlung bespricht Spitzer, wie wenig bisher bedauerlicherweise das allgemeine Publikum mit den Errungenschaften der Wissenschaft in dieser Beziehung bekannt sei. Das Feld des praktischen Arztes sei es ganz besonders, hier aufklärend und belehrend zu wirken. Man kenne jetzt drei Substanzen, die nachgewiesenermaßen geeignet sind, in 10—15 Sekunden Gonokokken abzutöten, und zwar: 1. Argent. nitric. 2%, 2. Protargollösung 20%, 3. Albarginlösung 8—10%. Die letztgenannte Substanz sei leicht herstellbar, wenig zersetzlich und reize relativ am wenigsten. Die wertvolle Tatsache, daß man durch prophylaktische Einspritzungen post coitum einer gonorrhoischen Erkrankung vorbeugen könne, sei untergegangen in einem recht unfruchtbaren Streite über die Form der diversen Tropfmodelle.

Jeder Arzt, der seinen Kranken und noch mehr seinen Gesunden die prophylaktische Instillation post coitum nicht empfehle, begehe einen Fehler. Tatsache sei, daß man in Deutschland bereits bei der Marine für die Beschaffung der nötigen Apparate für die Mannschaft Sorge trage und daß die Erfolge ausgezeichnete seien. Bezüglich des technischen Teiles erwähnt Spitzer, daß der Gonokokkus sich in den ersten Stunden nach dem Beischlaf bestimmt in der Fossa navicularis aufhalte und hier einer Behandlung gut zugänglich sei. Es genüge demnach, nach bestimmten Anweisungen, wenn eine sofortige Einträufelung unmöglich sei, in den ersten (zirka drei) Stunden post coitum die Instillationen machen zu lassen. Bei Personen, die Einträufelungen von 20%igem Protargol konsequent durchführen, bleibe die Gonorrhöe aus. Vielfach komme aber die Ablehnung dieser prophylaktischen Maßregel davon her, daß die bisher konstruierten Tropfmodelle Unbequemlichkeiten an sich haben. Spitzer hat seinem Apparat die



Form eines Crayons gegeben, der sehr gut an der Uhr- oder Schlüsselkette getragen werden kann; derselbe wird durch eine beigegebene Zeichnung erläutert, ist erhältlich bei B. Rothziegl, Rudolfsapotheke, Wien. Spitzer erwähnt in seiner Arbeit, daß in seiner Heimat auch in den intelligenten Kreisen die Ansicht herrsche, daß es keine verwerfliche Sache sei, mit einer Gonorrhöe zu einer Prostituierten zu gehen; Prostituierte ohne Gonorrhöe seien in Wien wohl eine Seltenheit. — (Allg. Wien. med. Ztg. Nr. 2, 1907; Sep.-Abdr.)

3. Prurac hebt die international günstige Beurteilung des aus 20% Kawaharz und 80% reinstem ostindischen Sandelöl zusammengesetzten neuen Balsamikums Gonosan hervor. Da in dem Zentralbl. f. d. ges. Ther. von den günstigen Urteilen anderer Beobachter über Gonosan schon ausführlicher berichtet wurde, genügt es, ganz kurz mitzuteilen, was Prurac über das Mittel schreibt. Es beseitigt die Beschwerden und Schmerzen, beschränkt die Eiterung und ist frei von Nebenwirkungen. Bei Männern wurden, sobald die Sekretion nach 10—12 Tagen unter der Einwirkung des Gonosans spärlicher und wässeriger geworden war, neben der Weiterdarreichung des Mittels Janetsche Spülungen mit Kal. permangan.-Lösungen gemacht, bei Frauen nach achttägigem Gonosangebrauch Injektionen mit 2%iger Argent. nitric.-Lösung in die Harnröhre angewendet, denen später Scheidenspülungen mit Zinkchloratlösungen in steigender Konzentration folgten. — (Repertor. d. prakt. Med. Nr. 9, 1906.)

4. Die sogenannte Phosphaturie, d. h. die Entleerung eines durch Erdkaliphosphats weißlich getrübten Urins, der sich durch Zusatz von Säure klärt, findet sich häufiger bei Tripperkranken als bei Gesunden und sonstigen Kranken. Dieser Umstand ist wohl am besten damit zu erklären, daß bei dieser Krankheit häufig ein von vornherein durch die Nahrungsweise (die ja bei Gonorrhöikern die Enthaltung von scharfen und sauren Speisen sowie den Genuß von Mineralwässern bedingt) in seiner Azidität verminderter Urin durch alkalisch reagierende Sekrete der erkrankten Harnröhre und deren Drüsen noch mehr an Azidität einbüßt, so daß eine alkalische Reaktion des Urins leichter erzeugt wird und dann als Erdkaliphosphat ausfällt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 26, 1907.)

5. Erb hält die Tripperspezialisten und Gynäkologen nicht für geeignet, über die Häufigkeit der Gonorrhöe und die Gefährdung der Ehefrauen durch dieselbe das entscheidende Wort zu sprechen. Er habe von den verschiedensten Seiten zustimmende Aeußerungen über seine Statistik erhalten; sie sei von vielen Aerzten als eine „errettende Tat" erklärt worden. Erb hat zwei verschiedene Statistiken gebracht: die eine über die Häufigkeit des Trippers bei Männern, die andere über die Häufigkeit schwerer Folgen dieses Trippers für die Ehefrauen früher tripperkranker Männer. Erb wendet sich weiter gegen die Eintagsstatistik von Blaschko, die ganz unzuverlässig sei, da ihr zu viele Fehlerquellen unterlaufen seien. Für den Hygieniker und Gynäkologen habe nicht die Anzahl von Tripperkrankungen, sondern die Anzahl der Tripperkranken Interesse. Es sei völlig falsch, wie Blaschko es getan habe, aus der Anzahl der Tripperkrankungen eine prozentuale Bestimmung der Tripperkranken zu berechnen. Erb weist dann den Vorwurf Blaschkos zurück, daß sich sein Material für eine Tripperstatistik nicht eigne. Es bestehe zum größten Teile aus Kaufleuten, akademisch gebildeten Kreisen und Offizieren, unter denen der Tripper doch am meisten verbreitet sei. Erb hält seine Zahlen vollkommen aufrecht und seine Methode für durchaus brauchbar, jedoch nur für einen bestimmten Beobachtungskreis. Gleiche Statistiken in anderen Beobachtungskreisen wären sehr erwünscht.

Ebenso hält Erb die Angaben in seiner zweiten Statistik gegen die Angriffe von Kossmann, Vörner u. a. m. aufrecht. Sie seien in keiner Weise widerlegt, fänden im Gegenteil von anderer Seite vollste Bestätigung. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 31, 1907.)

6. Lüth hat in den Fällen von Prostatitis, wo man bei der Untersuchung eine stark vergrößerte, gleichmäßig derbe Drüse fühlt, die auch bei Massage kein Sekret an das Orificium externum treten läßt, Fibrolysininjektionen zur Beseitigung des Leidens mit Erfolg angewandt. Er verfügt über sechs Fälle. Alle 4—5 Tage wird je eine Ampulle, wie sie in der Merckschen Fabrik hergestellt werden, in die Glutaeen eingespritzt. Die Prostata wird allmählich weicher; zu den Injektionen gesellt sich jetzt die Massage. Lüth sah nach 3—4 Wochen Heilung. — (Med. Klin. Nr. 10, 1907.)

Kinderheilkunde.

Ernährung.

1. **Ernährungsversuche an Säuglingen mit erwärmter Frauenmilch.** Von Dr. R. Potpeschnig, Assistent der Münchener Kinderklinik. Ref. Dr. Fromm, München.
2. **Molke in der Ernährungstherapie der Säuglinge.** Von Prüssen, Köln. Ref. Einstein, Stuttgart.
3. **Ernährungsversuche mit Holländischer Säuglingsnahrung.** Von Ph. Kuhn, Berlin. Ref. Einstein, Stuttgart.
4. **Beiträge zur Lehre der natürlichen und künstlichen Säuglingsernährnng, letztere mit besonderer Berücksichtigung der Ueberlegenheit der rohen oder der gekochten Milch.** Habilitationsschrift von Dr. H. Brüning, Rostock. Ref. Einstein, Stuttgart.
5. **Ueber die Verwendung von getrockneter Milch als Säuglingsnahrung während der heißen Jahreszeit.** Von Dr. A. Hüssy. (Autoreferat.)
6. **Ueber den Nahrungsbedarf debiler Kinder.** Von K. Oppenheimer, München. Ref. Eugen Binswanger, München.

1. Um zu erforschen, ob die in der Frauenmilch enthaltenen besonderen Nutzstoffe nicht nur „koktolabil“ (beim Erhitzen auf 100° zerstört werden), sondern auch thermolabil (bei Erwärmung auf 55—60° unwirksam) sind, ernährte Vf. zwei je 1 Monat alte, gesunde, frühgeborene (deshalb empfindlichere), an der Brust gedeihende Mädchen aus dem Münchener Säuglingsheim mit abgedrückter Frauenmilch, die durch 30 Minuten im Wasserbad auf 60° erwärmt gehalten, dann wieder auf Eis gestellt und zu den bestimmten Stunden den Kindern in dem entsprechenden Quantum trinkwarm verabreicht wurde. Daß hiebei jede Schädigung, respektive jeder erkennbare Ausfall an Nutzen ausblieb, vermag Vf. umsoweniger als positives Ergebnis zu verwerten, als beide Kinder nicht einmal auf die (durch plötzlich eintretenden Ammenmangel veranlaßte) brüske Ablaktation mit Gewichtabfall oder Störnug des Allgemeinbefindens reagierten. Die Versuchskinder gehörten eben zu jener Klasse von Säuglingen, die aus eigenen Mitteln jene Nutzstoffe zu beschaffen vermögen, zu deren Bezug andere auf die Mutterbrust angewiesen sind. Analoge Ernährungsversuche zur Entscheidung der eingangs gestellten Frage sollen deshalb demnächst an solchen Säuglingen gemacht werden, welche bei künstlicher Nahrung nicht zu gedeihen vermögen, welche zur Heterodystrophie (Pfaundler) neigen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 27, 1907.)

2. Prüssen empfiehlt die Behandlung mit Molke, welche nur das Wasser, den Zucker, das Albumin, die Salze der Milch und Spuren von Fett enthält, zur Behandlung der akuten Verdauungskrankheiten, besonders der Fettstörungen der Säuglinge. Er gibt die Molke nach der üblichen ein- bis zweitägigen Teediät in fünf bis sechs Mahlzeiten pro die. Nach Abklingen der stürmischen Erscheinungen beginnt er dann vorsichtig (zuerst tropfenweise!) entrahmte Milch der Molke zuzusetzen und kehrt so durch Steigerung dieses Zusatzes allmählich zur alten Kost zurück. Nützlich ist Molke ferner bei der Entwöhnung, wenn die Kinder bei der ersten Darreichung von Kuhmilch mit Intoxikationserscheinungen reagieren (auch hier Störung durch das Fett der Milch).

Die Molke wird durch Zusatz von Pegnin zu einwandfreier, roher Milch gewonnen. Man gibt sie ungekocht und je nach dem Geschmack der Kinder kalt oder warm. Eine andere Methode der Molkengewinnung ist der Zusatz von Alaun zu Milch (1·5 Al. kal. puriss. auf 250·0), die unter Umrühren gekocht und dann durch-

geseiht wird. Die Alaunmolke wird aber von den Kindern weniger gern genommen als die mit Pegnin zubereitete.

Selbstverständlich ist die Molke nur ganz vorübergehend als Nahrung geeignet, da ihr Kalorienwert nur etwa 200 beträgt gegenüber 650 Kalorien bei der Vollmilch. — (Ther. Rundschau Nr. 12, 1907.)

3. Die „Holländische Säuglingsnahrung“ (H. S.) ist eine von Müller in Vilbel hergestellte Dauerbuttermilch, die schon den bekannten Zucker- und Weizenmehlzusatz enthält und in flüssiger, trinkfertiger und auch in Pulverform in den Handel kommt.

Kuhn verwandte die H. S. nur als Diätetikum, ein Universalnahrungsmittel ist sie nicht. Entsprechend den von anderen Autoren für die Buttermilch aufgestellten Indikationen wurde sie bei verschiedenen Erkrankungsformen angewandt: als Beinahrung bei Gewichtsstillstand an der Brust, bei Dyspepsie, bei Enterokatarrh nach der üblichen Vorbehandlung und besonders bei Atrophie. Notwendig ist, anfangs nur geringe Dosen zu geben. Die erzielten Resultate waren recht erfreuliche; sie zeigen, daß wir in der H. S. ein einwandfreies Buttermilchpräparat besitzen, was angesichts der schweren Beschaffung guter Buttermilch sehr wichtig ist. — (Die Ther. d. Gegenw., Juni 1907.)

4. Brüning suchte die alte Streitfrage: Ist rohe oder gekochte Milch für die Ernährung des Säuglings zweckmäßiger? durch Versuche an möglichst jungen Tieren zu lösen. Er benützte zu diesem Zwecke Omnivoren (Schweine), Carnivoren (Hunde) und Herbivoren (Meerschweinchen, Kaninchen und Ziegen), und zwar ernährte er von all diesen Tiergattungen je mehrere gleichwertige Tiere eines Wurfs teils mit Muttermilch, teils mit gekochter oder ungekochter artfremder Milch (Kuh- und Ziegenmilch).

Uebereinstimmend war bei allen diesen Versuchen das Resultat, daß die Muttermilch allein eine rationelle Nahrung darstellt, daß freilich auch durch künstliche Ernährung ein einigermaßen befriedigender Erfolg erzielt werden kann, wobei sich aber stets die Fütterung mit artfremder Milch im abgekochten Zustand besser bewährt, als mit artfremder roher Milch. Von den Hunden erkrankte das mit roher Kuhmilch gefütterte Tier an schweren Allgemeinstörungen, besonders an einer mangelhaften Entwicklung des Knochensystems; bei den Ziegen erwies sich die Ernährung mit abgekochter Muttermilch noch besser als das Allaitement mixte mit Beigabe von artfremder roher Milch.

Die Arbeit ergibt also — und diese Erfahrung ist wohl auch auf den menschlichen Säugling anzuwenden — daß die lebenden Eigenschaften der rohen Milch nur für die betreffende Tiergattung von Bedeutung sind, daß aber die artfremde Mich im gekochten Zustand der Rohmilch vorzuziehen ist. — (Zeitschr. f. Tiermediz., 1906.)

5. In neuerer Zeit wandten sich Kinderärzte aller Nationen auf Grund beobachteter Schädigungen energisch gegen die zufolge der Reklame der Milchindustrie eingerissene Unsitte, Säuglinge längere Zeit mit kondensierten Milchpräparaten zu ernähren.

Wenn Hüssy trotz der großen Bedenken, die gegen Ernährung von Säuglingen mit hochgradig denaturierten Milchpräparaten sprechen, daran ging, mit einer neuen Milchkonserve, einer getrockneten Milch, Ernährungsversuche an Säuglingen anzustellen, so hatte das seinen Grund darin, daß es vielerorts schwierig, oft aber ganz unmöglich ist, eine einwandfreie Milch zu beschaffen, wie sie speziell zur Ernährung kranker Säuglinge dringend notwendig ist.

In New-York war es in ausgedehnten Versuchen gelungen, gesunde junge Kinder durch Ernährung mit einer vermittels des Just-Hatmakerschen Verfahrens hergestellten Trockenmilch während des Sommers vor akuten Magendarmerkrankungen zu schützen.

Gelingt es nun auch, Säuglinge, die an akuten Magendarmstörungen ex infectione erkrankt sind oder welche chronische Ernährungsstörungen aufweisen, während des Sommers durch Ernährung mit



Trockenmilch vor den sie so schwer gefährdenden, durch bakteriell zersetzte Milch bedingten Wiedererkrankungen zu bewahren? Diese Frage sollten die Ernährungsversuche beantworten, die Hüssy 1905 als Assistent der Breslauer Universitäts-Kinderklinik anstellte, für deren poliklinische Patienten im Sommer die Schwierigkeit der Beschaffung einwandfreier Milch in hohem Maße bestand.

Zur Verwendung kam, wie in den Jaquetschen Versuchen, das Vollmilchpulver von J. Klaus (Le Locle). Durch eigene bakteriologische Untersuchungen hat sich Hüssy von der Keimarmut und der geringen bakteriellen Zersetzbarkeit der Trockenmilch überzeugt; gerade diese Eigenschaften bieten wesentliche Vorzüge vor der gewöhnlichen sterilisierten Milch.

Den poliklinischen Versuchen wurden zur Orientierung einige Versuche an klinisch verpflegten, allerdings nicht schwer kranken Säuglingen, vorausgeschickt. Die Gewichtszunahmen waren dabei, allerdings bei vorsichtshalber knapp gehaltener Trockenmilchzufuhr, keine gerade glänzenden, aber bei keinem Säuglinge traten während dieser Ernährung abnorme Symptome vonseiten des Magendarmtraktes auf. Die bescheidenen Wünsche, die an ein derartiges Produkt gestellt werden können, waren also in Erfüllung gegangen. Die aus Milchpulver mit heißem Wasser hergestellte Vollmilch wurde dabei je nach Indikation im selben Verhältnisse mit Wasser-, Schleim-, Mehlsuppen-, Malzextraktzusätzen versehen, wie in entsprechenden Fällen die gewöhnliche Milch.

Nach befriedigendem Verlaufe von fünf klinischen Versuchen wurden in der Poliklinik im Verlaufe des Frühlings und der heißen Sommermonate 57 weitere Säuglinge (der älteste 10 Monate alt), die an chronischen Ernährungsstörungen oder akuten Magendarmerkrankungen litten, ohne Rücksicht auf die Schwere der Erkrankung kürzere oder längere Zeit mit Trockenmilchmischungen ernährt; alles Säuglinge, für die der Bezug einwandfreier Milch oder Aufnahme auf die Klinik unmöglich war. 45 von diesen waren weniger als vier Monate alt und gerade unter diesen sehr viele schwer erkrankt, zum Teil auch schon an sekundären Infektionen leidend, bei 44 traten solche auch im weiteren Verlaufe auf und beeinflußten das Resultat ungünstig. Nur in 24 Fällen konnte diese Ernährung länger als zwei Monate durchgeführt werden (längste Ernährungsdauer sechs Monate).

Die poliklinischen Versuche verliefen weniger glatt als die klinischen. Eine Reihe von vor allem ganz jungen Säuglingen zeigte leichtere, andere aber auch ernste abnorme Symptome vonseiten des Magendarmtraktus. An einer Anzahl tragende unter Demonstration der Gewichtskurven berichtet. An einer Anzahl dieser Störungen war das Milchpulver sicher schuldlos; bei einigen wenigen muß es aber doch dafür verantwortlich gemacht werden; allerdings waren diese nicht Folgen bakterieller Zersetzung der Trockenmilch, das wurde durch die Ergebnisse der von Hüssy ausgeführten bakteriologischen Untersuchungen ausgeschlossen. Die Hauptschuld ist wohl gewissen biologischen Eigenschaften des Milchpulvers zuzuschreiben.

Leider hatte die Fabrik die Herstellung einer der Buttermilch analog fettarmen Trockenmilch verweigert, eine andere Bezugsquelle war der Klinik damals nicht bekannt, die Breslauer Buttermilch im Sommer gefährlich. Diese Unmöglichkeit, fettarme Nahrung bei absoluter Indikation hiefür zu geben, hat mehreren Säuglingen das Leben gekostet, bei vielen anderen verzögerten sie in erheblichem Maße die Reparation. Hüssy hatte den Eindruck, daß vor allem das Trockenmilchfett bei derartigen Stoffwechselstörungen erheblich schädigender wirkte als gleiche Quantitäten gewöhnlichen Kuhmilchfettes.

Eine Reihe der schwerstkanken und jüngsten Säuglinge wäre sicher auch nicht mehr durch Ernährung mit einwandfreier Kuhmilch, ja kaum noch durch Frauenmilch gerettet worden; für diese war die Trockenmilch gewählt worden, weil sie unter den gegebenen Verhältnissen das einzige einigermaßen sichere verfügbare Milchpräparat war. Bei mehreren schwer-

geschädigten Säuglingen trat die akute rezidivierende Ernährungsstörung im Anschlusse an eine Steigerung der auch bei den poliklinischen Versuchen durchschnittlich sehr knapp gehaltenen Trockenmilchquantitäten auf.

Von den 62 Säuglingen starben infolge dieser verschiedenen Ursachen (wozu noch die Unzuverlässigkeit der poliklinischen Pflege kommt) während der Milchpulverernährung oder innert der ersten drei Wochen nach Aussetzen derselben 16 (= der Durchschnittsmortalität der Variotschen goutte de lait in Paris); 11 davon im ersten Lebensvierteljahre. Dagegen betrug die Mortalität bei den 42 länger als vier Wochen mit Milchpulver ernährten Säuglingen 12% (bei ungefähr gleich schlechtem Material der Neumannschen Säuglingsküche in Berlin — 87 Fälle — war die Mortalität 20·7%). Anderseits gelang es bei der großen Mehrzahl der Säuglinge, durch diese Ernährung das Wiederauftreten erneuter Ernährungsstörungen im Hochsommer, die viele sicher dahingerafft hätten, zu verhüten und bei vielen recht befriedigende Gewichtszunahmen und eine andauernde Besserung des Allgemeinzustands zu erzielen. Unter diesen befinden sich neben schwer atrophischen solche mit Pylorospasmus, intensivem habituellen Erbrechen, Tetanie, wieder andere, die durch länger ausschließliche Kohlehydraternährung schwer geschädigt waren. Mit fettärmerer Trockenmilch wären die Zunahmen aber durchschnittlich sicher noch größer gewesen. Bei keinem dieser Kinder trat trotz der hochgradigen Denaturierung der Nahrung Barlowsche Krankheit auf. Hüssy kommt zum Schlusse, daß die Trockenvollmilch für derartig erkrankte Säuglinge kein vollwertiger Ersatz für einwandfreie Kuh- oder Ziegenmilch ist; daß letztere in diesen Fällen entschieden mehr leisten. Die oben gestellte Frage ist also nur bedingungsweise zu bejahen.

Trotzdem ist an Orten, wo eine Milchküche nicht existiert und eine einwandfreie Milch nicht beschaffbar ist, während der heißen Jahreszeit die Ernährung derart erkrankter Säuglinge mit Trockenmilch zu empfehlen; diese wird unter solchen Verhältnissen viele derselben dem Leben erhalten, die sonst dem Tode verfallen sind. Die erzielten Resultate machen aber ergänzende Versuche mit einer fettärmeren Trockenmilch wünschenswert.

Als sehr empfehlenswert erprobt ist die Verwendung des Milchpulvers für Säuglingsernährung für kürzere Zeit, z. B. auf Reisen. — (Korr.-Bl. d. Schweizer Aerzte, 1907.)

6. In dieser kurzen, aber praktisch äußerst wichtigen Studie bringt Oppenheimer neues, wertvolles Material zur Beantwortung der Frage nach dem Nahrungsbedarf künstlich genährter debiler Kinder. Der Autor hat sich bereits früher mit dieser Frage beschäftigt und war zu dem Schlusse gelangt, daß Kinder mit geringem Geburtsgewicht im Verhältnis zu ihrem Körpergewicht mehr Nahrung zuführen müssen als normale Kinder, ein Resultat, das von den ersten Autoren auf diesem Gebiete, Heubner, Schloßmann, Czerny, bestätigt wurde. In der vorliegenden Arbeit behandelt nun Oppenheimer zahlenmäßig die Frage nach dem erhöhten Nahrungsbedürfnis dieser Kinder an der Hand von drei Beobachtungen aus der Privatpraxis.

Die beiden ersten Fälle betreffen ein Zwillingspaar, das in der zweiten Lebenswoche mit einem Gewicht von je zirka 1800 g in Beobachtung kam. Auch das dritte Kind (Geburtsgewicht 2470 g) erhielt von der zweiten Woche ab künstliche Ernährung. Die Nahrung bestand stets in einfach verdünnter und gezuckerter Milch, und zwar in so schnell steigender Konzentration (die interessanten Details siehe im Original), daß das Zwillingspaar bereits zu Beginn, der dritte Patient zu Ende des dritten Lebensmonats unverdünnte Kuhmilch erhielt.

Somit verdienen die vorstehenden Oppenheimerschen Fälle auch die größte Beachtung bezüglich der Beurteilung der Zweckmäßigkeit frühzeitiger Vollmilchernährung, eines Regimes, zu dessen energischesten Vorkämpfern in Deutschland bekanntlich Oppenheimer gehört.

Aus den beigegebenen Tabellen ergibt sich nun, daß der Energiequotient (i. e. Kalorienmenge der Nahrung pro Kilogramm Kind) bei diesen debilen Kindern und künstlicher Ernährung zwischen 120 und 130 Kalorien liegt und bei zunehmendem Alter absinkt, so daß er im fünften Monat zirka die Höhe wie beim normalen Kinde (zirka 100 Kalorien) erreicht. Daß dies Resultat für die Wahl und Bewertung der Ernährung bei solch debilen Kindern von größter Wichtigkeit für den Praktiker ist, bedarf nicht besonderer Begründung.

Oppenheimer betont schließlich noch, daß er diese Ernährung mit konzentrierter Kuhmilch selbstverständlich niemals der Ernährung an der Mutterbrust vorzieht, wohl aber meist „aus diversen Gründen" der Ammenernährung. Es wäre nun sicher von größtem Interesse, über diese Gründe gelegentlich Näheres zu erfahren; denn hier befindet sich Oppenheimer im Widerspruch mit den bekannten günstigen Resultaten der Säuglingsheime mit Ammen. Es leuchtet ja nun ohneweiters ein, daß Ammenernährung in der Privatpraxis und Ammenernährung in einem Säuglingsheime zwei sehr verschiedene Dinge sind, deren eingehende Erörterung einmal gerade vonseite eines erfahrenen Praktikers von großem Interesse wäre. Es wird sich dabei vor allem um die Frage handeln, ob es — wie Oppenheimer meint — zweckmäßig ist, in all den Fällen, in welchen solch debilen Kindern die Mutterbrust nicht gereicht werden kann, ohneweiters zur künstlichen Ernährung zu greifen und einen Versuch mit einer Amme überhaupt nicht erst anzustellen. Der Referent kann sich vorerst dieser Anschauung Oppenheimers nicht anschließen. — (Monatsschr. f. Kinderheilk., Mai 1907.)

Ueber die Bedeutung der Milchinfektion für die Entstehung der primären Intestinaltuberkulose im Kindesalter. Von J. Fibiger und C. O. Jensen, Kopenhagen. Ref. Eugen Binswanger, München.

Die Autoren, welche sich schon in früheren Publikationen (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 38, 1904, und Nr. 6 u. 7, 1904) mit der Frage der primären Intestinaltuberkulose beim Menschen und ihrer Beziehung zur Perlsucht der Rinder beschäftigt haben, bringen in der vorliegenden Arbeit zwei weitere Fälle, welche in erwähntem Sinne von hohem Interesse sind.

Im ersten Falle (viermonatliches Mädchen) handelte es sich zweifellos um primäre Tuberkulose des Verdauungskanals (in der linken Tonsille, im Darm und in den korrespondierenden Lymphdrüsen, dagegen in der Lunge und in den zugehörigen Drüsen nur ein einzelner Miliartuberkel nachgewiesen). Das Kind war nachweislich zirka $2^1/_2$ Monate hindurch mit roher Milch aus nicht kontrollierten Beständen genährt worden. Die vorgefundenen Tuberkelbazillen erwiesen sich durch das Experiment als im höchsten Grade virulent für das Rind.

Im zweiten Falle ($1^1/_2$jähriges Mädchen) lag ebenfalls mit Sicherheit primäre Intestinaltuberkulose vor (Schlund, Darm, Peritoneum und die entsprechenden Lymphdrüsen, nur schwach entwickelte sekundäre, frische Miliartuberkulose der Lunge). Patient war während zirka einem Jahr mit roher Milch aus verschiedenen nichtkontrollierten Ställen genährt worden, unter denen sich auch ein stark tuberkulöser Bestand mit einem Fall von schwerer Eutertuberkulose befand. Das Tierexperiment erwies auch in diesem Falle die von dem tuberkulösen Kinde stammenden Bazillen als im höchsten Grade für Rinder virulent.

Bei beiden Kindern handelte es sich also mit größter Wahrscheinlichkeit um intestinale Tuberkulose, erzeugt durch den Genuß von roher Milch tuberkulöser Kühe.

Wenn Fälle, wie die vorgetragenen, auch einwandfrei die Gefährlichkeit der Rohmilch aus unkontrollierten Ställen für den Menschen dartun, so sind sie doch nicht geeignet, unsere Anschauung über die Aethiologie der Tuberkulose des Menschen zu ändern. Es läßt sich nicht bezweifeln, daß hier die Uebertragung der Tuberkulose von Mensch zu Mensch numerisch die Hauptrolle spielt. Doch

glauben Fibiger und Jensen, daß primäre Intestinaltuberkulose durch Tuberkelbazillen vom Rind doch häufiger, als bisher angenommen, vorkommen.

Verfehlt schiene es dem Referenten, auf Grund von Erfahrungen, wie der vorstehenden, nunmehr die Rohmilchtherapie zu diskreditieren, die zweifellos Hervorragendes zu leisten vermag. Es kann nicht ausdrücklich genug wiederholt werden, daß es sich hier in beiden Fällen um Milch aus unkontrollierten Ställen gehandelt hat, ja in letzterem Falle sogar aus einem nachweislich tuberkulös verseuchten Stalle, dessen Milch zu jeder Art des Genusses, nicht nur zur Rohverabreichung, als völlig ungeeignet bezeichnet werden muß. Eine modern arbeitende Kontrolle vermag solche Vorkommnisse mit Sicherheit auszuschließen. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 4 u. 5, 1907.)

Phenol monochloratum gegen Scharlach. Von Dr. Langfeldt. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. berichtet über zwei Fälle von Scharlach, die er durch Abreibungen von Phenol monochloratum 4·0, Spiritus 250·0, Aether sulfuricum ad 300·0 — alle drei Stunden vorzunehmen — günstig beeinflussen konnte. Ueber Brennen haben die Kinder bei der Anwendung nicht geklagt, auch sonst lag kein Umstand vor, der auf eine unliebsame Wirkung deutet. — (Med. Klin., Nr. 20, 1907.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

I. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Neuere Mittel und Anwendungsformen.

Jodglidine.

Jodglidine ist eine Jodverbindung des als Nährmittel bewährten natürlichen Pflanzeneiweißpräparats „Glidine". Es stellt ein dunkelgelbes, geruch- und fast geschmackloses Pulver dar, welches in Wasser fast unlöslich ist, bei künstlicher Pepsin- oder Trypsinverdauung leicht gelöst wird, wobei das Jod an die Verdauungsprodukte gebunden bleibt. Prof. H. Boruttau hat mit diesem Präparat am städtischen Krankenhaus am Friedrichshain in Berlin Untersuchungen angestellt. Bei einmaliger Darreichung von Mengen bis zu 5 g Jodglidine, welche 0·5 g Jod enthalten, beginnt die Jodausscheidung in geringem Grade bald nach der Einverleibung, um erst gegen Ende der ersten 24 Stunden ihr Ende zu erreichen. Dieselbe dauert während der zweiten 24 Stunden an und hört erst im Laufe des dritten Tages auf. Bis dahin erscheinen 80 bis 100% des als Jodglidine gereichten Jods im Harn. Der etwaige Rest wird entweder mit den Fäzes mit unverändertem Jodglidine ausgeschieden oder im Körper zurückgehalten. Eine Jodaufspeicherung findet aber nach der Angabe des Vfs. im Körper dabei nicht statt. Die Einführung auch kleiner Mengen von Jodglidine übt eine ansehnliche Stoffwechselsteigerung aus, insbesondere wird Vermehrung des Gesamtstickstoffes im Harn beobachtet. Außer der Verwendung in allen Fällen, in welchen therapeutisch Jodpräparate indiziert sind, dürfte sich nach Boruttau die zunächst probeweise Verabreichung des neuen Präparats dort empfehlen, wo Stoffwechselsteigerung erzielt werden soll, also bei geeigneter Diät als Hilfsmittel bei Entfettungskuren. Das Jodglidine kommt in Tablettenform in den Handel, jede Tablette von 0·5 g Gewicht enthält 0·05 g Jod. — (Klin.-ther. Wochenschr., Nr. 31, 1907.)

Euferrol Riedel.

Euferrol Riedel wird von Fritz Steil in einer Arbeit aus dem Elisabethkrankenhause in Berlin als ein zweckmäßiges Mittel zur Behandlung von An-

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, erbeten.

ämien gerühmt. Das Euferrol ist eine aus Kalium carbonicum und Ferrum sulfuricum hergestellte Masse, welche — das ist das wesentlich Neue an der Kombination — mit einem Oel zusammen in Gelatineperlen eingeschlossen ist. Jede Perle enthält zirka 0·012—0·014 Eisen und 0·000009 arsenige Säure und entspricht in dem Eisen- und Arsengehalt einem Eßlöffel Levico-Starkwasser. Steil war von der Wirksamkeit des Präparats durchweg befriedigt. Er beobachtete eine Steigerung der allgemeinen Leistungsfähigkeit, Besserung des Ernährungszustandes und der Blutverhältnisse. Das Mittel wurde während der ersten drei Tage dreimal, dann steigend auf dreimal zwei, in vielen Fällen dreimal drei Perlen verordnet. Vf. belegt seine günstigen Erfahrungen mit einigen Krankengeschichten. — (Med. Klinik, Nr. 28, 1907.)

„Goldkorn."

Ueber einige Versuche mit dem Nährmittel „Goldkorn" bei akuten und chronischen Magendarmstörungen berichtet in der Oesterr. Aerztezeitung, Nr. 1, 1907, Dr. H. Mandl. Nach einer Analyse aus dem Freseniusschen Laboratorium ist dieses Präparat ein von unveränderter Stärke fast gänzlich freies, an löslichen Kohlehydraten sehr reiches und auch genügende Mengen Eiweiß enthaltendes Nährpräparat. Die Kohlehydrate befinden sich darin zum größten Teil in löslicher, leicht resorbierbarer Form, ein Umstand, der das Goldkorn speziell auch zur Verwendung bei Kindern geeignet macht. Es ist schon von anderer Seite über die Brauchbarkeit des Goldkorn bei Kindern Günstiges berichtet worden. Mandl zeigt nun, daß es auch bei Erwachsenen mit bestem Erfolg gegeben werden kann. Leute mit empfindlichem oder krankem Verdauungstraktus bedienen sich mit Vorteil des neuen Präparats. Auch bei Rekonvaleszenten und Chlorotischen sah Mandl eine gute Einwirkung. Neben diesen Affektionen, bei denen die Magenwand sekundär erkrankt ist, sind es aber auch primäre Schädigungen der Magenwand, wie Gastritis acuta und chronica, sowie Gastroenteritiden, die ein spezielles Indikationsgebiet des neuen Nährpräparats darstellen. Man gibt das Mittel mehrmals täglich teelöffelweise in Milch, Kakao oder Suppe.

Aristochin.

Dieses Präparat wird hergestellt von den Elberfelder Farbfabriken und von den Vereinigten Chininfabriken Zimmer & Comp., Frankfurt a. M., und ist der neutrale Kohlensäureester des Chinins. Es stellt ein vollkommen geschmack- und geruchloses, weißes Pulver von neutraler Reaktion dar. In Wasser ist es fast unlöslich. Der Gehalt an freier Chininbase beträgt 96%. Aristochin ist frei von den schädlichen Nebenwirkungen des Chinins und dessen Derivaten. Seine Indikationen sind die gleichen, wie bei Chinin: Malaria, Influenza, Pertussis, Typhus etc. Dosierung: 0·25—0·5 g mehrmals täglich bei Neuralgien, Influenza, 1·0 mehrmals täglich, bei Typhus, Fieber, Malaria, 0·05—0·1—0·3 g mehrmals täglich bei Keuchhusten, je nach dem Alter des Kindes. Bei Fieberkranken empfiehlt es sich, nach jeder Gabe Aristochin etwas Salzsäurelimonade nachtrinken zu lassen. Aristochin kommt auch in Originalpackungen zu 20 Stück à 0·25 g und 0·5 g in den Handel. — (Leipz. med. Monatsschr., Nr. 4, 1907.)

Antiseptische Salbe.

Antiseptische Salbe nach Maget besteht aus Vaselin albi 20, Natr. perbor. subt. pulv. 4, Ol. Santali gtt. X. Das Natrium perborat darf weder in Wasser gelöst, noch mit solchem angerieben werden. Die Salbe ist zwar lange haltbar, sie soll aber stets frisch bereitet werden. Sie eignet sich besonders bei Nasen- und Rachenkrankheiten, indem in Berührung mit den Absonderungen der Schleimhäute, das in der Vaseline suspendierte Natriumperborat Sauerstoff entwickelt, der stark antiseptisch wirkt. — (Presse méd. 1906; Pharm. Post, Nr. 27, 1907.)

Scotts Emulsion.

Scotts Emulsion besteht aus 150 g Lebertran, 50 g Glyzerin, 4·3 g unterphosphorigsaurem Kalk, 2 g unter-



phosphorigsaurem Natrium, 3 g Traganth, 2 g Gummi arabicum, 129 g destilliertem Wasser, 11 g Weingeist, je 2 Tropfen Zimmt-, ätherischem Mandel- und Gaultheriaöl. — (Liebreich und Langgaard.)

b) Pharmakologische Präparate.

Analgos besteht aus je 1 g Thymol, Menthol, Phenol, Aspirin und Natriumchlorid, 0·50 g salzsaurem Kokain, gelöst in 95 g verdünntem Spiritus. Lokalanästhetikum.

Apnol ist ein von Cholewa empfohlenes Präparat gegen asthmatische Beschwerden, besonders Herzkranker, welches in Form von Einatmungen durch die Nase Anwendung finden soll. Es besteht aus einer haltbaren Lösung von Periplocin in Wasser unter Zusatz von Glyzerin, geringen Mengen Jodnatrium und einigen irrelevanten Zusätzen, wie Mentholspiritus, Pyridin etc. Es handelt sich also im wesentlichen um eine praktische Anwendungsform des Periplocins (eines Glykosids aus der Rinde von Periploca graeca), dessen Wert bei der Behandlung von Herzkrankheiten anerkannt ist. Zur Applikation des Apnols ist ein sogenannter Unionzerstäuber nötig. — (Ber. v. Brückner & Lampe.)

Chininazetylsalizylat ist wenig löslich in Wasser und Alkohol, ziemlich leicht löslich in Chloroform, fast unlöslich in Aether. Antipyretikum bei Peritonitis und Pleuritis zu 0·4 g pro dosi.

Histosan-Milchschokoladetabletten oder Histosantabletten bestehen aus 10% Guajakolalbuminat und 90% frischer Milchschokolade. Jede Tablette enthält 0·25 g Histosan.

Oleum morphinatum. Ersatz für Oleum hyoscyami; soll vor diesem den Vorzug einer genauen Dosierung haben.

Pellotin heißt das Alkaloid einer Anhaloniumart. Es wird in Form von Pellotinum muriatic. in Dosen von 0·04 g für Erwachsene als Schlafmittel gegeben und kann innerlich wie subkutan appliziert werden.

Phenalgin. Ammoniumphenylazetamid, ist ein feines, weißes Pulver von stechendem Geruche und wenig ausgeprägtem Geschmack. Es ist in Wasser unlöslich und wird in Pulvern, Tabletten oder Kapseln zu 0·5—0·75 g gegen neuralgische und rheumatische Schmerzen empfohlen. Es soll auch hypnotische, anodyne und antiseptische Eigenschaften besitzen. Dosis 0·5—0·75 g.

Phenylpropiolsaures Natrium, welches sich von zimmtsaurem Natrium, dem sogenannten Hetol, durch ein Minus von 2 H unterscheidet, wirkt nach Bulling bei Kehlkopf- und Lungentuberkulose noch besser als dieses. Er läßt täglich zweimal eine halbe Stunde lang 1/2—3%ige, wässerige Lösungen inhalieren. — (Ber. v. Brückner & Lampe.)

Radinin heißt ein gegen Licht und Luft unempfindliches, haltbares 1%iges Kokainanästhetikum ohne Adrenalin von Dr. Robisch in München.

Stenol heißt eine granulierte Pulvermischung, von der ein Kaffeelöffel voll je 0·1 g Koffein und Theobromin enthält. Findet Anwendung bei Magenschwäche und Herzleiden.

c) Mittel für äußerlichen Gebrauch.

Asterol. Sulfo-Phenol-Quecksilberverbindung mit gleicher Desinfektionskraft wie Sublimat; hat den Vorzug, seine desinfizierende Wirkung bei Berührung mit Eiweiß nicht zu verlieren und Instrumente nicht anzugreifen; kommt als Pulver und in Pastillenform in den Handel.

Bismuth Formic Jodide. Verbindung von Formaldehyd und Gelatine, Thymoljodid und Wismutsubjodid; gelbliches Pulver zur Behandlung von Wunden, Geschwüren und dergleichen.

Chrysarobinum oxydatum wird durch Einwirkenlassen von Natriumperoxyd auf Chrysarobin dargestellt und an Stelle von Chrysarobin angewandt.

Corona von C. A. Lorenz, Leipzig, ist ein Lokalanästhetikum für zahnärztliche Zwecke. Es soll angeblich eine Lösung von weniger als 1% Kokain in destilliertem Wasser sein, der Salpetersäure, Pikrinsäure, Kaliumoxydhydrat, Gaultheria, Baptisia, Thymian, Mentha arvensis, Eukalyptus, Benzoesäure und

Borsäure zugesetzt sind. — (Pharm. Post, Nr. 9, 1907.)

Formysol. Flüssige Kali-Formalinseife mit starkem, an Alkoholgehalt und anderen desinfizierenden, sowie Geruch zerstörenden Stoffen, angenehm riechende, ölige, gelblich-grüne Flüssigkeit mit einem Gehalt von 10, bezw. 25% Formaldehyd. Findet Anwendung zur Händedesinfektion.

Grandira-Creme heißt eine Kalomelsalbe mit etwa 30% Kalomel; als Schutzmittel gegen syphilitische Ansteckung empfohlen. Fabrikant: Pharmazie Meistermann in Mülhausen i. Els.

Nirvenol besteht aus Tinctura Physalis angulatae 45, Extractum Riten-Rina 25, Spiritus 30 und wird bei Rheumatismus, Gicht und dergleichen angeblich mit Erfolg angewendet. Um ein Nachlassen der Schmerzen zu erzielen, genügen angeblich drei- bis viermalige Einreibungen täglich.

Paranephrin - Novo - Subcutin enthält Novokain und wird zur zentralen Leitungsanästhesie und zu zahnärztlichen Zwecken angewendet. Wird als sterile Lösung in Glasröhrchen von Dr. Ritserts Pharmazeutischem Institut in Frankfurt a. M. in den Handel gebracht; das gleiche gilt von Paranephrin-Kokain-Subkutin.

Ulcerol ist ein Pflaster, das einen hohen Prozentsatz vermittels eines komplizierten Verfahrens gereinigten Perubalsams enthält. Anwendung: bei Unterschenkelgeschwür und granulierenden Wunden im Verein mit Ulcerolpasta, die auf die Umgebung der Wunde eingerieben wird. Die Pasta wird auch bei nässenden Ausschlägen, Verbrennungen ersten und zweiten Grades, Wundsein und Hämorrhoiden für sich angewendet. — (Pharm. Post, Nr. 9, 1907.)

d) Serotherapeutische Präparate.

Antityphusserum. Macfadyen hat Ziegen intravenös mit toxischen Zellresten der Typhusbazillen behandelt und dadurch ein Endotoxin gewonnen. Das Serum wirkte, 1 : 1,000.000 verdünnt, auf Typhusbazillen agglutinierend; es besaß auch bakteriolytische Eigenschaften. In Verdünnung 1 : 10.000 schützte es gegen zehn tödliche Gaben der Typhusbazillen. Präzipitinwirkung auf frische und toxische Typhuszellsäfte war nicht nachweisbar.

Ruhrserum wird nach Vaillard und Dopter von mit Dysenteriebazillen behandelten Pferden gewonnen. Es hat im Tierversuch bakterizide und antitoxische Wirkung, ist selbst in großen Gaben für den Menschen unschädlich und wirkt nur auf Fälle von Bazillenruhr, nicht von Amoebendysenterie, günstig, was durch das fast augenblickliche Aufhören der Ruhrstühle zu erkennen ist. Auch in nicht mehr ganz frischen Fällen wirkt es, aber nicht bei chronischer Ruhr.

Tuberkulin, von Ruck, ist ein wässeriges Extrakt von Tuberkelbazillen und enthält nicht, wie das Kochsche Tuberkulin, zertrümmerte Bakterien, sondern nur gewisse, in den Bakterien vorhandene Eiweißkörper. Es wird unter die Haut gespritzt.

Tuberkulinin gewann Bandran, indem er Tuberkelbazillen, nachdem er sie lange mit kaltem Wasser gewaschen und mit ausgeglühtem Sand zerrieben hatte, mit denselben Lösungsmitteln und auf die gleiche Weise auszog, wie dies bei der Gewinnung des Ergotinin der Fall ist (Essigäther), als mikroskopisch feine Nadeln. Diese sind in Alkohol, Aether, sowie Chloroform löslich und geben die Alkaloidreaktion. Durch Behandlung des Tuberkulinin mit Kalziumpermanganat gewann Vf. ein Antituberkulinin, das, wie durch Tierversuche festgestellt wurde, die Tuberkulinvergiftung aufhob. Versuche zeigten, daß die Einspritzungen schmerzlos und harmlos sind, selbst bei Wiederholungen durch mehrere Wochen. — (Pharm. Post, Nr. 9, 1907.)

2. Behandlungsmethoden.

Zinkperhydrolsalben in der Dermatologie.

Das Zinkperhydrol entspricht einer chemischen Verbindung aus Zinkoxyd und Perhydrol (H_2O_2 in reiner Form). Seine Herstellung geschah in der Absicht, in ihm ein Medikament zu gewinnen, das die desinfizierenden Eigen-

schaften des Perhydrols mit den adstringierenden des Zinkoxyds vereinigen und so besonders für die Wundbehandlung geeignet sein sollte. In dieser Beziehung ist das Präparat bereits bei frischen Verletzungen, bei Quetschungen, bei Läsionen durch Maschinenunfälle, besonders auch bei Brandwunden von R. Jacoby (Therap. Monatsh., 1905) bewährt gefunden worden. Auf Grund der günstigen Erfahrungen Jacobys hat die Firma Merck-Darmstadt eine gebrauchsfertig in Tuben dargestellte 25%ige Perhydrolsalbe der Lassarschen Klinik in Berlin zu Versuchen übersandt. Th. Mayer berichtet über die damit gemachten Erfahrungen in der Dermatol. Zeitschr., H. 4—6, 1907.

Das Präparat wurde auch bei denjenigen dermatologischen Affektionen in Anwendung gebracht, bei denen seine adstringierenden und desinfizierenden Eigenschaften von Nutzen sein konnten: Fälle von akuten und subakuten, auf chemische oder mechanische Irritation der Haut zurückzuführende Dermatitiden, akute Ausbrüche chronischer Hautentzündungen. Vf. bringt auszugsweise die Krankengeschichten von 25 Fällen. Es ist daraus zu entnehmen, daß das Zinkperhydrolpräparat überall da sehr prompt wirkte, wo es sich um möglichst akute Krankheitsvorgänge handelte. Bestanden die Entzündungsprozesse länger und hatten sich bereits Infiltrate gebildet, so hatte zum Schlusse der Kur der Teer in sein Recht zu treten. Doch auch hier war die Behandlung noch eine einfache (2—3mal wöchentlich Teerpinselung mit nachfolgender Zinkperhydroleinsalbung) und die Krankheitsdauer eine abgekürzte. Das Präparat als solches rief in keinem Falle weder durch seine Fettgrundlage, noch durch seine Zinkperhydrolkomponente irgend welche Reizung hervor. Es ist in der Form, wie es die Fabrik Merck liefert, eine äußerst fein verteilte, schmiegsame Salbe, die den Vorteil bietet, trotz des hohen Zinkgehaltes farblos zu sein und so namentlich bei Affektionen im Gesicht und an den Händen verhältnismäßig wenig zu belästigen.

Behandlung des Lichen ruber.

Von Voerner wird in der Behandlung des Lichen ruber neben der innerlichen Arsendarreichung die Auftragung einer 1/2%igen (nur bei kleinen renitenten Stellen) Arsensalbe empfohlen. Besonders bei Lichen ruber der Unterschenkel bewährt sich der auch sonst zu gebrauchende, vorwiegend als Druckverband wirkende Zinkleim-, Pasten- oder Trikotverband. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 82, H. 5.)

Trachombehandlung.

Selenkoffsky hat experimentelle und klinische Untersuchungen über Anwendung der Bequerelschen (Radium-) Strahlen bei der Behandlung von Augenkrankheiten, besonders Trachom, angestellt, über die in der Russ. med. Rundsch., Nr. 10, 1906, berichtet wird. Die Bestrahlung der evertierten Konjunktivalschleimhaut 10 Minuten lang für jedes Lid mit 2—3tägiger Unterbrechung mit höchstens 10 mg Radium bieten keine Gefahr für das menschliche Auge. Das Radium ist ein ausgezeichnetes Mittel in der körnigen Periode des Trachoms, ohne starke katarrhalische Erscheinungen. Die Trachome können verschwinden, ohne Narben nachzulassen. Es ist höchst wahrscheinlich, daß die Bequerel-Strahlen auch günstig auf das Trachom in der narbigen Periode einwirken, indem sie die nachgebliebenen Körnchen zum Schwinden bringen und ebenso auf die allgemeine Infiltration der Konjunktiva eine gute Wirkung ausüben. Das erste Resultat durch Radium wird gewöhnlich nach der zweiten bis vierten Sitzung bemerkt, je nach der Schwere des Falles. Zwischen den einzelnen Sitzungen muß eine Pause von 2—3 Tagen eingehalten werden, auch nach dem Verschwinden der Körner noch 2—3mal; die nachbleibende Schwellung der Konjunktiva muß mit Adstringentien weiter behandelt werden. Von der Anwendung des Radiums auch in Dosen von 10 mg und noch kleineren Mengen unmittelbar am Augapfel soll jedenfalls abgesehen wer-

den wegen möglicher schädlicher Wirkung auf die Hornhaut und tieferen Häute. Das Wirkungsgebiet muß auf die evertierte Konjunktiva beschränkt bleiben. Auf die Conjunctivitis catarrhalis haben die Strahlen keinen Einfluß. Die Mißstände sind: langandauernde Behandlung und der sehr hohe Preis des Radiums.

Dionin bei Netzhautblutungen und bei Kornealnarben.

Bei Einhaltung einwöchentlicher Pausen kann, nach v. Arlt, Dionin während vieler Monate in einer Dosis verabreicht werden, welche einem Tropfen einer 10%igen Lösung entspricht, ohne daß eine merkliche Abnahme der Wirkung wahrzunehmen ist. Oberflächliche Hornhautnarben, besonders jene nach Conjunctivitis lymphatica, sind aufhellbar, wenn sie auch schon Jahrzehnte bestehen. Es erscheint höchst wahrscheinlich, daß das Dionin auch frische Netzhautblutungen günstig beeinflußt; die von v. Arlt gewonnenen Resultate ermutigen zu weiteren Versuchen in dieser Richtung. Auf alte, durch makulare Blutungen bedingte Veränderungen hat Dionin keinen Einfluß. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Aug., X. Jahrg., Nr. 11.)*)

Syphilisbehandlung.

H. Tausig (Wien) verordnet:

Rp. Sozojodol-Hydrargyri 0·6
Laudani puri 0·15
Extr. et pulv. Liquir. q. s.
ut f. pil. Nr. XXXVI

S. Dreimal täglich je zwei Stück gleich nach der Mahlzeit zu nehmen.

Von dieser Verordnungsweise sah T. schöne Erfolge; auch Versuche mit intramuskulären Injektionen ergaben günstige Resultate. — (Med. Klin., Nr. 6, 1907.)

Gonosan.

Prof. de Renaldis fällt über das Gonosan folgendes Urteil: 1. Das Gonosan ist das beste Antigonorrhoikum, welches bis heute existiert. In frischen Fällen, gleich bei Beginn der Erkrankung angewandt, wirkt es wie ein Spezifikum, denn es hat: a) eine starke antiphlogistische, b) eine starke antiseptische, c) eine starke analgetische und d) eine starke anaphrodisierende Wirkung. Kein anderes Präparat kann mit ihm den Vergleich in Bezug auf den therapeutischen Effekt aushalten, zumal es weder den Magen-Darmkanal angreift, noch die Nieren reizt. 2. In subakuten Fällen gelingt manchmal, mit Gonosan allein Heilung zu erzielen. Aber es unterstützt in sehr wirksamer Weise die Injektionsbehandlung. 3. In chronischen Fällen erleichtert und beschleunigt die Gonosandarreichung in Verbindung mit einer lokalen endourethralen Therapie den Heilungsprozeß. — (Monatsschr. f. Harnkrankh., H. 2, 1907.)

*) Siehe auch September-Heft, S. 477.

3. Rezeptformeln.

Bronchitis und Pneumonie der Kinder.

Rp. Infus. rad. Ipecac. 0·4 : 100·0
Tartar. stibiat. 0·04
Methylatropin. bromat. 0·003—0·005
Antipyrin. 0·4
Syr. simpl. 20·0

M. D. S. Dreimal täglich ein Tee-Kinderlöffel voll. — (Aronheim.)

Keuchhusten.

Rp. Pilocarpini hydrochlor. 0·025
Spirit. vini cognac 5·0
Aq. dest. 70·0
Syr. cort. aurant. ad 100·0

M. D. S. Tee- bis eßlöffelweise innerhalb 24 Stunden zu verbrauchen. — (Albrecht.)

Stomachikum.

Rp. Pulv. rad. rhei } āā 10·0
Pulv. rhiz. zingib. }
Sacch. alb. 80·0
Mucil. gummi arab. q.
s. ut f. trochisci Nr. C

D. S. Drei- bis viermal täglich eine Pastille zu nehmen. — (Liebreich und Langgaard.)



Dyspepsie.

Rp. Natr. bicarb. } āā 12·5
Elaeosacch. Foenicul. }
Pulv. rad. Rhei } āā 2·5
Pulv. rhiz. Zingib. }

M. f. p. D. in scatula. S. Messerspitzenweise zu nehmen.

Laxans.

Rp. Pulp. Tamarind. crud. 30·0
Fol. Sennae 10·0
coque c.
Aq. dest. q. s.
ut colat. sit in qua solve
Natr. sulfurici 30·0

D. S. Ein- bis zweistündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

Ichthyolpinselungen bei Scharlach.

Rp. Ichthyol. 2·5
Aq. dest. } āā 25·0
Glycerin. }

D. S. Zu Pinselungen an zwei Tagen! — (Lawrow.)

Pruritus.

Rp. Acid. cyanhydr. offic. } āā 0·5— 1·0
Hydrarg. bichlor. }
Cupr. sulf. 1·0— 5·0
Ol. carbol. 5·0—10·0
Resorcin. 5·0—20·0
Chloral. 5·0—25·0
Kal. bromat. 5·0 - 50·0
Aquae 1000·0

D. S. Aeußerlich zur Waschung. — (Trémolières.)

Eczema seborrhoicum.

Rp. Lanolini }
Aq. Calcis } āā 10·0
Aq. Chamomill. }
Ungt. Zinci }
Sulf. praecip. 2·0
Pyrogalloli oxydat. 0·4

M. f. ungt. D. S. Kühlsalbe. — (Unna.)

Pruritus analis oder vaginalis.

Rp. Butyr. Cacao 3·0
Cocain. muriat. } āā 0·02—0·03
Morph. muriat. }

M. D. S. Für ein Vaginal- oder Analsuppositorium.

Lichen.

1. Rp. Naphtol. 1·0
Glycerin. 10·0
Spir. vin. rect. 90·0

M. D. S. Spiritus. — (Weyl.)

2. Rp. Ungt. glyc. neutral. 60·0
Acid. salicyl. 2·0
Acid. tartaric. 3·0
Acid. carbolic. 1·0

M. f. ungt. — (Brocq.)

3. Rp. Aq. calc. } āā 100·0
Ad. suill. }
Acid. carbol. 10·0
Kaolin 60·0

M. f. ungt. — (Unna.)

Kühlsalbe.

Rp. Acid. salicylic. }
Acid. carbolic. } āā 0·5
Naphtol. }
Lanolin. } āā 30·0
Vaselin. }
Aquae } āā 15·0
Aceti }

(Kromayer.)

Wilkinsonsche Salbe.

Rp. Sulf. praec. 20·0
Sap. virid. 5·0
Ol. Cadini (Anthrasol) 10·0
Pasta Zinci 65·0

4. Varia.

Darreichung von Arzneimitteln in Rumpelschen Kapseln (Capsula geloduratae).

Dr. Schlecht berichtet in einer Arbeit aus der medizinischen Universitätsklinik zu Breslau (v. Strümpell) über die Darreichung von Arzneimitteln in Rumpelschen Kapseln (Capsulae geloduratae). Er bespricht einleitend die bisherigen Versuche, intern zu verabreichende Medikamente so einzuführen, daß sie erst im Darm gelöst werden. Zu diesem Zwecke hat man eine Reihe von Umhüllungen vorgeschlagen und versucht. Am besten haben sich unter diesen die Sahlischen Glutoidkapseln bewährt, das sind in wässeriger Formaldehydlösung gehärtete

Gelatinekapseln. Eine Härtung der Capsulae operculatae ist nach der Sahlischen Methode nicht möglich. In neuester Zeit sind nun von Dr. Rumpel in Breslau Capsulae geloduratae hergestellt worden, die mit den Sahlischen Glutoidkapseln das Grundprinzip, nämlich die Verwendung von in Formalin gehärteter Gelatine, gemeinsam haben, deren Herstellungsart aber von der Sahlischen abweicht und verschiedene Vorteile vor ihr voraus hat. Rumpel verwendet Lösung von Formaldehyd in Alkohol, Aether oder überhaupt in solchen Flüssigkeiten, welche in geeigneter Konzentration die Gelatine selbst gar nicht oder nur in geringem Grade zum Quellen bringen. Es lassen sich mit dieser Methode auch die aus zwei in einander schiebbaren Hüllen bestehenden Capsulae operculatae härten. Die Verschlußstelle der nachträglich mit den Arzneimitteln gefüllten Kapseln wird mit Kollodium verschlossen. Es lassen sich hiedurch auch in Wasser leichter lösliche Substanzen in die Kapseln einfüllen. Die erste Herstellung und Zusammenstellung des Härtegrades der Capsulae geloduratae geschah unter Kontrolle des Verhaltens der Kapseln im Magen und Darm von Hunden mit entsprechenden Fisteln, sowie an Patienten mit Anus praeternaturalis und unter gleichzeitiger Kontrolle im Reagensglase mit künstlichem Magen- und Pankreassaft. So wurden die Kapseln in dem Härtungsgrade hergestellt, daß sie bis zu 8 Stunden im künstlichen Magensaft ungelöst blieben und nach zweistündiger Vorbehandlung mit Magensaft sich in alkalischer Trypsinlösung in 10—20 Minuten lösten. Mit gutem Erfolg angewandt wurden bisher von Heile Isoformkapseln.

In der v. Strümpellschen Klinik wurden bisher folgende Arzneimittel in Rumpelschen Kapseln verabreicht: Digitalis, Koffein, Diuretin, Natrium salicylicum, Aspirin, Acid. salicylic., Kodein, Belladonna, Bismuth. subnitr., Kal. jodat., Methylenblau, Kreosot, Lebertran, Ol. Terebinth., Creosotal. composit., Chinin, Theozin, Thymol, Ovogal.

Es hat sich gezeigt, daß die Rumpelschen Kapseln, welche noch den Vorzug großer Billigkeit haben, den Anforderungen, die an die Brauchbarkeit solcher Kapseln gestellt werden müssen, in weitestem Maße erfüllen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 34, 1907.)

Ueber kumulative Nebenwirkungen bei der Digitalistherapie mit Infus und Pulvern.

Aus seinen auf Anregung von A. Fraenkel (Badenweiler) unternommenen Untersuchungen zieht Fernand Schaeffer folgende Konsequenzen für die Therapie der Herzkrankheiten und die in ihrem Verlauf oft eintretenden kumulativen Wirkungen: 1. Infus. fol. digit. in den üblichen Tagesdosen von 0·5:100 ist eine relativ schwach wirkende Digitalisordination. Irgend welche Vorzüge vor dem Pulver hat das Infus nicht. In den üblichen Dosen läßt die Wirkung 3—4 Tage auf sich warten. Wollte man die Wirkung mit Infus beschleunigen und vertiefen, so müßte man zu stärkerer Dosierung übergehen, wobei selbstverständlich die Gefahr der Kumulation hervortreten würde, ebenso wie beim Pulver. Das Infus schmeckt bitter und wird meist ungern genommen; man kann mit Infus keinen therapeutischen Effekt erzielen, der nicht ebensogut mit Pulver erzielt werden kann. 2. Digitalispulver kommt immer in Betracht, wenn starke Wirkung schnell erzielt werden soll (v. Krehl). Die kumulative Wirkung eines stark wirkenden Pulvers (wie des in Straßburg verwandten) läßt sich leicht vermeiden, wenn man die übliche Anfangsdosis von 0·3 g nicht länger als zwei Tage verabfolgt und wenn man dann zu kleineren Dosen übergeht, etwa während 2 Tage je 0·2 und 2 Tage je 0·1 g. Kleine Dosen von 0·1 bis 0·15 pro die können unbeschadet längere Zeit gebraucht werden. Aus der Zusammenstellung Schaeffers geht nicht hervor, ob diejenigen Fälle, bei denen ohne Rücksicht auf kumulative Nebenwirkungen große Dosen in kurzer Zeit gegeben wurden, einen nachhaltigeren therapeutischen Effekt erzielten als jene Fälle, bei denen man solche bis zum Eintritt der Wirkung gab, um dann mit den Dosen zurückzugehen. Die Kumulation hängt ab von der Menge,

die in einer bestimmten Zeit verbraucht wird. — (Dissert., Straßburg 1907.)

Morphium-Skopolamin-Halbnarkose.

In einer Arbeit aus der Klinik Chrobak (Wien) berichtet Baß über die mit der Morphium-Skopolamin-Halbnarkose bei 107 Fällen gemachten Erfahrungen. Der Geburtsschmerz wurde durch die Skopolamin-Morphin-Injektionen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in bedeutendem Grade gelindert. Für den zu erreichenden Zweck waren Dosen von 3 dmg Skopolamin + 1 cg Morphin ausreichend; Erhöhung der Dosis hat die Resultate nicht wesentlich verbessert. Die Geburt wurde durch die Skopolamin-Morphin-Injektionen in manchen Fällen zweifellos verzögert, jedoch meist nur unerheblich, ohne Schaden für Mutter und Kind. Wehen und Plazentarperiode wurden nicht wesentlich, die Bauchpresse hingegen häufig ungünstig beeinflußt. Es traten keine schädlichen Nebenwirkungen für die Mutter auf. Für das Befinden des Kindes war die Skopolamin-Morphin-Halbnarkose durchaus nicht indifferent. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 11, 1907.)

Verwendung von Sublimatseide bei Sehnenplastiken.

Ueber die Verwendung von Sublimatseide bei Sehnenplastiken hat Georg Frey experimentelle Untersuchungen angestellt und gefunden, daß beim Sterilisieren der Seide durch Kochen mit Sublimat das Quecksilber des Sublimats mit der Seide eine oder mehrere chemische Verbindungen eingeht. Diese Verbindungen wirken außerhalb des Körpers nicht antiseptisch. Innerhalb des Körpers findet durch Abspaltung von Quecksilber wahrscheinlich eine antiseptische Wirkung statt. Dafür spricht die klinische Erfahrung, daß bei Anwendung von Sublimatseide Fadenabszesse nicht vorkommen. Die Abspaltung von Quecksilber aus der Seide geht außerordentlich langsam vor sich, denn es konnte in Seide, die zwei Jahre im Körper gelegen hatte, noch Quecksilber nachgewiesen werden. Die Untersuchungen über die Einheilung von Sublimatseide haben ergeben, daß die Einheilung derselben wesentlich anders stattfindet, als die der reinen Seide. Einfache, gekochte Seide heilt ohne Sekretbildung ein, indem sie sich mit einer dünnen, durchscheinenden, bindegewebigen Kapsel überzieht. Bei der Einheilung von Sublimatseide findet zunächst eine ziemlich starke Sekretbildung um die Seide statt: eine Folge des durch das Sublimat bedingten chemischen Reizes. Derselbe chemische Reiz führt aber auch zu einer viel ausgiebigeren Bindegewebsproliferation um die Seide und damit ist die Anlage zu einer kräftigeren späteren Sehne gegeben. — (Diss., München 1906.)

Desinfektion infektiöser Darmentleerungen.

M. Kaiser berichtet im Arch. f. Hyg., Bd. 60, über Desinfektion infektiöser Darmentleerungen. Er kommt zu folgenden wichtigen Ergebnissen: 1. Die bisherigen Vorschriften über Fäkaliendesinfektion im Stechbecken berücksichtigen ausschließlich diarrhöische Stühle und erweisen sich festen gegenüber als insuffizient. 2. Die Tiefenwirkung der 10%igen Kresolseifenlösung und der 20%igen Kalkmilch auf konsistente Fäkalien ist auch nach längerer Einwirkungsdauer äußerst gering. 3. Das häufige Auftreten fester Stühle (ein Fünftel bis ein Drittel aller Fälle bei Typhus) erfordert eine ausdrückliche Betonung in den verschiedenen Desinfektionsvorschriften, Merkblättern u. s. w. und dementsprechende Ergänzung der für diarrhöische Entleerungen gedachten Vorschriften. 4. Ein Mittel mit beträchtlich größerer Tiefenwirkung auf Fäkalien ist das Aetznatron in 15%iger Lösung. Dasselbe kann jedoch nur in besonders geeigneten Fällen gebraucht werden. 5. Im allgemeinen wird man sich der 10%igen Kresolseifenlösung zu bedienen haben, jedoch deren Einwirkungsdauer auf feste Stühle erheblich über die in den Desinfektionsvorschriften angegebene Zeit von 2 Stunden ausdehnen müssen.



Bücher-Anzeigen.*)

Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. Von Dr. S. Jeßner, Königsberg. VII. Heft von Dr. Jeßners „Dermatologische Vorträge für Praktiker". Würzburg 1907. Verlag von A. Stuber. 52 Seiten. Preis 0·90 Mark.

Vf. bespricht vorerst die soziale Bedeutung der Affektion, die Pathologie derselben und hernach die allgemeine Therapie des Ulcus cruris, bei welcher er probeweise Jodordination bei suspekten Geschwüren empfiehlt. Bezüglich der örtlichen Therapie stellt er als besondere Grundsätze auf: 1. daß die Behandlung ambulant durchgeführt werden muß, 2. daß sie den Patienten nicht zu täglichen Besuchen des Arztes zwingen darf, 3. daß sie nicht kostspielig sein darf. Es werden hieran die empfehlenswertesten Behandlnngsmethoden angeschlossen, insbesondere sei hier hervorgehoben die Behandlung mit Protektiv Silk nach bestimmter Vorschrift etc., die Versorgung der Geschwürsumgebung, die Einleimung (Zinkleim nach Unna) als Therapie gegen die venöse Stauung und der Verband. Die Abhandlung stellt eine zusammenfassende und erschöpfende Besprechung des Leidens dar und wird jedem Praktiker die Lektüre des kleinen Werkes von großem unmittelbaren Nutzen sein. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Aerzte. I. Teil: Die Hautkrankheiten. Von Prof. Dr. E. Finger. Mit 5 lithographischen Tafeln. Verlag von Franz Deuticke. Wien 1907.

Mit der in erster Linie für Studierende bestimmten Bearbeitung der Haut- und Geschlechtskrankheiten hat Finger ein Werk in Angriff genommen, das ihm den unwandelbaren Dank der bisher fast ausschießlich auf deutsche Fachbehelfe angewiesenen heimischen Studentenschaft sichern wird. Schon die Anlage des ersten, die vielgestaltigen Hautkrankheiten beschreibenden Teiles des Lehrbuches spiegelt die glänzende Methodik des mit strengster Gründlichkeit vorgehenden Gelehrten wieder und liefert einen eklatanten Beweis für die stets angezweifelte Möglichkeit dieser in dauernder Fluktuation begriffenen Materie im Rahmen eines einführenden Uebersichtswerkes gerecht werden zu können. Die noch vielfach unklare Herkunft der Dermatosen bringt es mit sich, daß auch Vf. vorläufig noch das pathologisch-anatomische Einteilungsprinzip bevorzugt, wobei jedoch sowohl physiologische als auch ätiologische Gesichtspunkte eine entsprechende Berücksichtigung erfahren.

Abweichend von der üblichen Placierung, finden sich das Xeroderma pigmentosum, Hydroa vacciniforme und die pellagrösen Hautveränderungen in die Reihe der traumatischen Dermatitiden gestellt; hier hat auch die Epidermolyis bullosa hereditaria Unterkunft gefunden. Anhänger der französischen Lehre werden es mit Vergnügen begrüßen, daß dem von der Wiener Schule früher mit so viel Eifer in den Grenzen des Ekzems verschlossenen Lichen simplex chronicus Vidal aus dieser ungerechtfertigten Verbannung herausgeholfen wird und das wohlgekennzeichnete Krankeitsbild neben den Varietäten der nässenden Flechte, als selbständige Type Anerkennung findet. Auch in der Gruppe der Blasenausschläge sieht sich Vf. zur Legitimierung von Sonderformen (Dermatitis herpetiformis) veranlaßt, die nicht weiter in dem Sammelbegriffe des Pemphigus untergetaucht werden können. Hier, wie in allen Abschnitten, die sich auf die Darlegung häufig vorkommender und folgenschwerer Läsionen beziehen, ist den klar gefaßten einleitenden Definitionen die gründlichste Erläuterung der Symptomenkomplexe und ein aus der reichen Eigenerfahrung geschöpfter Heilplan beigegeben, so daß auch den Kollegen, die an die praktische Verwertung ihres Wissensbesitzes zu schreiten haben, mit der Bearbeitung ein treuer, die klinischen Erinnerungsbilder neu belebender Beistand zur Verfügung gestellt wird.

Mit großem Nutzen wird sich ferner der hier gebotenen kundigen Führung jener üppig aufschießende Nachwuchs bedienen können, der den Lockungen des so leicht erscheinenden Faches nicht widerstehen kann und

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

nach kaum gewonnener Fühlung die Front für das Gebäude hält. Das emsige Studium der Fingerschen Dermatologie wird wohl manchem zur Einsicht verhelfen, daß die gründlichste Kenntnis der pathologischen Anatomie und ihrer Hilfswissenschaften, sowie die Vertrautheit mit den Leitsätzen des physiologischen Wissens, ebenso beim Dermatologen die allgemein medizinische Bildung zu ergänzen haben wie bei den Vertretern anderer Spezialgebiete.

Die ebenso klare als präzise Stellungnahme in strittigen Fragen (Lupus erythematosus, Pityriasis ruber, Lichen ruber, Tuberkulide, Blastomykosis), die freimütige Einbekennung der diagnostischen und ätiologischen Unsicherheit auf so manchen Teilgebieten, sowie die zahlreichen Hinweise und Direktiven für weiter anzustrebende Forschungsziele werden der Monographie auch im weiten Kreise jener das größte Interesse sichern, die im selbständigen Wirkungskreise der Pflege des Wissensfeldes näher getreten sind. Nobl.

Zur Besprechung eingegangene Bücher:

Verlag von F. van Rossen, Amsterdam:

Opuscula selecta Neerlandicorum. De arte Medica. Fasciculus primus, quem curatores miscellaneorum quae vocantur Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde Collegerung et ediderunt ad celebrandam seriem quinquagesimam, in Lucem Nuper Editam. Amsterdam 1907. 325 Seiten.

Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig:

Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre. Unter besonderer Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Pharmakopöe. Von Dr. H. v. Tappeiner. 1907. 378 Seiten. Preis 7 Mark.

Verlag von Friedrich Vieweg & Sohn, Braunschweig:

XXII. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene. Jahrgang 1904. Herausgegeben von Dr. A. Pfeiffer, Wiesbaden. Supplement zur „Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege", Bd. XXXVII. Braunschweig 1907. 701 Seiten.

Verlag von Alfred Hölder, Wien:

Der Diabetes mellitus. Von Dr. B. Naunyn. Zweite Auflage. 1906. 562 Seiten. Preis K 15·40.

Verlag von A. Stuber (C. Kabitsch), Würzburg:

Ueber Zystitis. Von Dr. Felix Schlagintweit. Würzburger Abhandlungen. VII. H. 4. 1907. Preis 75 Pf.

Ueber den Diabetes mellitus und seine Behandlung. Von Dr. G. Graul. Würzburger Abhandlungen. VII. H. 5. 1907. Preis 75 Pf.

Verlag von Max Spohr, Leipzig:

Die Mittel zur Verhütung der Konzeption. Eine Studie für Aerzte und Geburtshelfer von Hans Ferdy. Achte, neu bearbeitete Auflage. In zwei Teilen. Teil I: Die Mittel. 122 Seiten. Preis 1·80 Mark. — Teil II: Die Stellungnahme des Arztes gegenüber dem Verlangen nach Konzeptionsverhütung im Volke. 52 Seiten. Preis 75 Pf.

Verlag von Ernst Heinrich Moritz, Stuttgart:

Hygiene der Kleidung. Von Prof. Dr. H. Jäger, General-Oberarzt und Frau Anna Jäger. Bibliothek der Gesundheitspflege. Bd. 19. 1906. 232 Seiten. Preis 3 Mark.

Verlag von Strecker & Schröder, Stuttgart:

Erinnerungen an den deutsch-französischen Feldzug 1870—1871. Mit Berücksichtigung geschichtlicher, geographischer und hygienischer Verhältnisse. Von Dr. Franz Daffner. 1906. 186 Seiten.

Verlag von K. F. Koehler, Leipzig:

Die Kunst zu essen. Eine wunderbare Entdeckung von Alfred Bramsen. 32 Seiten.

Verlag von H. Pudor, Berlin-Steglitz:

Nacktkultur. Von Dr. Heinrich Pudor. Sechste Auflage. Erstes Bändchen: Allgemeines; Fußkultur.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N VERNAY in Wien.



Referat über These VII.

Gehalten auf dem internationalen Kongreß für physikalische Therapie zu Rom am 10. Oktober 1907.

Von Prof. Dr. **L. Brieger**, Berlin.

Vom Zentralkomitee unseres Kongresses ist mir die Aufgabe gestellt worden, folgende These VII hier zu erörtern:

„La thérapeutique physique et l'hydrologie ont le droit d'être classées parmi les matières obligatoires d'enseignement et d'examen pour le doctorat. Des cours spéciaux de perfectionnement doivent être institués, pour la spécialisation des médecins qui desirent s'adonner à l'exercice de physiothérapie et de l'hydrologie dans les cabinets privés et dans les établissements publics."

Ich komme dieser Aufforderung umso lieber nach, als ich bisher als einziger offizieller Vertreter der physikalisch-diätetischen Heilmethode an den Universitäten Deutschlands seit Anfang des Jahres 1901 den Unterricht der Hydrotherapie und der ihr verwandten Fächer an der Universität Berlin leite. Diese arzneilosen Disziplinen haben sich in der kurzen Zeit derartig entwickelt, daß nicht bloß in preußischen und anderen deutschen Universitäten und Akademien, sondern auch in vielen anderen Staaten Wasserheilanstalten resp. physikalisch-diätetische Anstalten für Unterrichtszwecke geschaffen werden. Auch die humanen Zwecken dienenden Anstalten, wie Landesversicherungsanstalten, Krankenhäuser größerer und kleinerer Kommunen, Irrenanstalten, Privatsanatorien aller Art beeilen sich, die physikalischen Heilmethoden in mehr oder minder zweckentsprechender Einrichtung zum Wohle ihrer Kranken dienstbar zu gestalten.

In der Tat beanspruchen die Anwendungen von Wasser, Licht, Luft, Bewegung, Elektrizität, Magnetismus einen so breiten Raum in der Therapie, daß der Gebrauch innerer Mittel dagegen bedeutend zurücktritt. Ohne Kenntnis der physikalischen Heilmethoden, an deren Spitze die Hydrotherapie steht, ohne Beherrschung der Massage, der Mechanotherapie, der Elektro-Photo-Therapie, kann der moderne Arzt nicht mehr seinen Beruf zum Heile seiner Kranken voll ausfüllen.

Bei der Fülle der Tatsachen, welche diese hier ausgesprochenen Anschauungen stützen, kann ich mich nur darauf beschränken, in allgemeinen Umrissen die hier auf der Tagesordnung stehenden Materien zu behandeln.

Wir beginnen mit dem wichtigsten und umfangreichsten Zweige der physikalischen Therapie, der Hydrotherapie. Dieselbe vermag der gesamten Medizin sich dienstbar zu gestalten. Die Chirurgie, die Gynäkologie, die Dermatologie, die Augenheilkunde, kurzum jede medizinische Spezialität vermag daraus Nutzen zu ziehen. Insbesondere aber die weitschichtigen Gebiete der inneren Medizin können die Wasserbehandlung mit großem Vorteil therapeutisch verwerten.

Die Hydrotherapie ist bekanntlich die Lehre vom thermischen und mechanischen Reiz, daher erfordert die Applikation des Wassers eine äußerst minutiöse Handhabung. Die zu erzielende therapeutische Wirkung hängt von der Temperatur, der Menge, dem Druck, unter dem das Wasser auf den Organismus eindringt, ab und kann, je nach dem Grade, wie wir diese Faktoren bemessen, ganz verschiedene, ja direkt entgegengesetzte Wirkungen erzielen. Darauf baut sich auch der Wegweiser der wissenschaftlichen Therapeuten, das sogenannte Reaktionsgesetz auf. So wird eine kurze Anwendung kalten Wassers eine kurze Zeit dauernde

Kontraktion des von ihm getroffenen Gefäßsystems und bald darauf eine Erweiterung desselben erzielen, was sich subjektiv für den Menschen durch angenehme Wärmeempfindung und objektiv durch rosarote Färbung der Applikationsstellen kundgibt. Längere Einwirkung des kalten Wassers hingegen wird eine Erschlaffung der Gefäße, dem Auge sichtbar durch blaue Verfärbung der Haut, hervorrufen. Kurzum über die richtige Anwendung aller dieser Reize gibt es bestimmte Gesetze, die sich herleiten aus der Physiologie und der Pathologie. Also nur eine genügende Kenntnis der physiologischen Veränderungen durch Kälte und Wärme, zu deren Träger wir ja aus äußeren Gründen das Wasser vorzugsweise wählen, und der damit therapeutisch verbundenen mechanischen Reize ist die Grundbedingung, um diese Reize auch unter pathologischen Verhältnissen, zweckentsprechend zu verwerten. Dadurch erst werden wir befähigt, die hydriatischen Methoden als tonisierende, als intensiv reizende, als mitigierende, als antipyretische. als derivierende und als resolvierende mit Erfolg zu gebrauchen. Aber nicht mechanisch, schablonenhaft darf die weit ausgebildete und umfangreiche Technik der Hydrotherapie für kurative Zwecke herangezogen werden, sonst richtet sie Schaden an und eben dadurch unterscheidet sich der Arzt von dem Nichtarzt, daß er, ausgerüstet mit physiologischen und pathologischen Kenntnissen, den Umständen angemessen, die ihm zur Verfügung stehenden Reize des Wasserheilverfahrens zweckentsprechend dosiert.

So werden wir z. B. bei der Behandlung von Herzkranken durch Wasser ein recht segensreiches und ergiebiges Feld der ärztlichen Wirksamkeit erblicken dürfen, wenn wir uns hiebei von dem Prinzip der Schonung und Uebung leiten lassen, d. h. je nach Umständen die Herzarbeit erleichtern oder erschweren. Nur unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte werden Teilabreibungen kohlensäurehaltiger, sinusoidale und Halbbäder, Packungen usw. in richtiger Folge zur Anwendung gelangen. Anderseits werden wir dann hingeleitet werden. benachbarte Disziplinen, wie sie uns die Massage und Mechanotherapie bieten, wie Erschütterungen, Selbsthemmungs-, Förderungsbewegungen unter Kontrolle der Atmung und des Pulses in richtigen Momenten heranzuziehen, um die Kompensationsstörungen hintenan zu halten oder wieder rückgängig zu machen. Auch das Verhalten dieser arzneilosen kurativen Mittel zu den so wichtigen arzneilosen Mitteln wie Digitalis, Strophantus u. a. m. in ihrer Wechselwirkung werden den schwer Herzleidenden Erleichterung verschaffen können. Auch diagnostische und prognostische Schlüsse ergeben sich hiebei. Ich erinnere nur an die verschiedenartige Wirkung des kühlen und heißen Herzschlauches bei Myokarditis, der Selbsthemmungsbewegungen bei nervösen und organischen Herzleiden. Wir würden dann auch in der Lage sein, Widerstandsbewegungen und andere gymnastische Bewegungen noch mit Vorteil heranzuziehen, wo kaum noch Rettung möglich schien. Der Kranke mit ausgesprochenem Mitralfehler wird anders zu behandeln sein als der Arteriosklerotiker, als der Patient mit Aorteninsuffizienz. Ueber das Wie kann uns aber nur ein genaueres Wissen der sich dabei abspielenden biologischen Verhältnisse Aufschluß erteilen. Warum den an Aorteninsuffienz Leidenden Packungen oder modifizierte kalte Bäder schaden, welche unter Umständen bei Mitralfehlern segensreich wirken, kann nur ein sein Gebiet völlig beherrschender Hydrotherapeut entscheiden. Es gibt eben in der Hydrotherapie und physikalischen Therapie keine schematischen Rezepte, der hier in Betracht kommende thermische und mechanische Reiz muß eben von Fall zu Fall individualisiert werden. Vollständige Kenntnis der Technik ist die erste Bedingung des die physikalische Therapie ausübenden Arztes, aber damit erschöpft sich nicht sein Wissen, wie es bei den die physikalische Therapie als Erwerbszweig ausübenden Laien gewöhnlich der Fall ist. Die feine Indikationsstellung ist das Hauptererfordernis zur richtigen Verwertung der physikalischen Technik. Daraus



resultiert dann die feinste Abstufung der Reize. Dies kann man u. a. besonders bei der physikalischen Behandlung der Nervenkrankheiten beobachten. Hier gilt es, die Reize so abzustufen, daß dieselben je nach Erfordernis beruhigend oder erregend wirken. Man vermag dann die Reize in feinsten Abstufungen auf die ganze Körperoberfläche oder auf einzelne Teile einwirken zu lassen, so daß man gemäß den Forderungen des Arndtschen Reizgesetzes für die Lebensvorgänge sein therapeutisches Handeln anzupassen vermag. Unter Berücksichtigung dieser Umstände vermag ein Arzt auf einfachste Weise Schlaf zu erzeugen, Aufregungs- oder depressorische Zustände zu beseitigen, wobei man sich aber stets vor allem Schematisieren zu hüten hat. Recht sinnfällig kommt dies zum Ausdruck bei Behandlung der Neurastheniker, deren wechselnde Klagen einer eingehenden individuellen Behandlung bedürfen, daher auch jene Methoden, welche eine Summation der Reize bedingen, gerade hier von Uebel sind. Recht dankbar gestaltet sich ferner die Behandlung der Neuralgien, doch muß auch hier von Fall zu Fall das hydriatische Verfahren in schonendster Weise, bald beruhigend, bald in erregender Weise, gebraucht werden. Die moderne Bekämpfung der Lungenkrankheiten, insbesondere der Tuberkulose, jener fürchterlichen Geißel der Menschheit, kann der hydriatischen Methodik nicht entraten. Nur eine zielbewußte Anwendung derselben führt zur Abhärtung, zur Erhöhung der Resistenz des gesamten Organismus, sodaß der tuberkulöse Prozeß durch Tonisierung des Herzens und dadurch bedingte bessere Durchblutung der Lungen, durch Steigerung der Appetenz von selbst zum Stillstand kommt oder befähigt wird, eine spezifische Behandlung leichter zu ertragen. Selbst im vorgeschrittenen Stadium der Tuberkulose vermögen oft noch einfache Verordnungen von Kreuzbinden, kühlen Abwaschungen u. a. m. den Kranken noch erheblichen Nutzen und Erleichterung ihrer Beschwerden zu bringen.

Die Kunst der Hydrotherapie vermag auch bei der Bekämpfung der Stoffwechselerkrankungen Erhebliches zu leisten, ohne durch die hiebei üblichen Anwendungsformen der Unterernährung den Organismus zu schädigen. Wärmezufuhr oder Wärmeentziehung sind hier die Parole, wobei in einer für das betreffende Individuum nützlichen und eigenartigen Weise der Zerfall der pathologischen Produkte zuwege gebracht wird.

Bei der Fieberbehandlung genießt die Wasserbehandlung allgemeine Anerkennung, auch hier muß den Umständen gemäß die Technik modifiziert werden. Gewechselte Packungen vermögen oft genug drohende Komplikationen abzuhalten und die so gefährlichen Symptome von Seiten des Herzens und des Gehirns werden am ehesten durch geeignete Wasserprozeduren bekämpft. Man müßte ein klinisches Handbuch liefern, wollte man all die Gesichtspunkte hier erörtern, welche dartun, in welch günstiger Weise die Hydrotherapie Erkrankungen der inneren Organe zu beeinflussen vermag und unter welchen Gesichtspunkten hier die Technik handzuhaben ist. Der moderne praktische Arzt wird also mit der Hydrotherapie am Krankenbett durchaus vertraut sein müssen, wenn anders er sich nicht eines äußerst wichtigen Heilmittels, zum Schaden seiner Patienten entschlagen will.

Auch die rein mechanische Behandlungsmethode, die Massage und Gymnastik, sind bereits unentbehrlich geworden für die Behandlung gewisser Affektionen, wo sie teilweise mit der Hydrotherapie vereint, oder auch ohne dieselbe erfolgreich verwendet werden können. Bei der Behandlung von Gelenk- und Muskelerkrankungen spielen diese Methoden eine hervorragende Rolle, und bei gewissen Lungenerkrankungen, Herzaffektionen usw. sind dieselben schätzbare Unterstützungsmittel, um den krankhaften Prozeß einzudämmen. Auf Einzelheiten einzugehen, dürfte hier nicht angängig sein Darum kann ich auch hier nur versuchen, die Erfolge der Luft- und Sonnebehandlung und der elektrischen Lichttherapie hier anzudeuten. Krankheitserscheinungen, denen man früher

machtlos gegenüberstand, sind dadurch des Oefteren günstig zu beeinflussen. Manche Hautkrankheiten, Geschwüre, manche Neuralgien sind den Einflüssen dieser therapeutischen Agentien zugänglich geworden. Geradezu umwälzend auf therapeutischem Gebiet scheint unter gewissen Umständen die Röntgen-, die Radiotherapie usw., sowie überhaupt die Anwendung der ultravioletten Strahlen.

Noch sind die Heilergebnisse dieser Therapie zu wenig zahlreich, ebenso die therapeutischen Erfolge, welche die moderne Elektrotherapie mit ihren hochgespannten Strömen oder die Einführung von Arzneistoffen durch die Jontophorese erzielen will, um abschließende Urteile über deren Leistungsfähigkeit abgeben zu können. Aber doch muß auch der praktische Arzt diese Methoden kennen lernen, um ihren Wirkungskreis und auch deren eventuelle Schädigungen beurteilen zu können.

Kein Zweig der Therapie des Menschen bringt den Kranken in nähere Berührung mit dem Arzt, als die physikalische Therapie und vermag das Vertrauen des Kranken zum Arzt so zu festigen als die physikalische Therapie. Die gegenwärtigen Strömungen unter den Völkern zielen, man kann sagen, instinktiv darauf hin, die physikalischen Heilmittel und Heilmethoden mehr als bisher in Anwendung zu ziehen. Darum muß auch der praktische Arzt damit auf den Universitäten bekanntgemacht werden, er muß Technik und Indikationsstellung so weit beherrschen, wie es den Bedürfnissen der allgemeinen Praxis entspricht. Man bedarf hiezu auch nicht komplizierter Apparate in der Hauspraxis. Daher ist es auch das Bestreben der Dozenten, welche sich mit physikalischer Therapie beschäftigen, die einfachsten Hilfsmittel des Haushalts für diese Zwecke heranzuziehen.

Darum muß, wie es eingangs unserer Auseinandersetzung auch heißt, die gesamte physikalische Therapie in Unterricht und Examen obligatorisch gemacht werden. Wer aber die feine Technik, die zahlreichen Apparate, welche in immer mehr vervollkommneter Weise durch eine strebsame Industrie geliefert werden, spezialistisch, sei es in öffentlichen oder privaten Anstalten, verwerten will, muß s p e z i a l i s t i s c h geschult werden, um dadurch Gewähr zu bieten, auf diesem Spezialgebiet völlig beschlagen zu sein. Auch auf diese Weise wäre ein Zusammenhang dieses Spezialgebietes der Medizin mit der gesamten Medizin gewährleistet.

Bei dieser Sachlage ist es eigentlich unverständlich, daß eine solche Fragestellung erst erhoben werden muß. Indessen erklärt sich dies aus der historischen Entwicklung der physikalischen Therapie, die von Laien gepflegt, deshalb bei Aerzten diskreditiert wurde, ohne daß dieselben in ihrer Mehrzahl sich überhaupt der Mühe unterzogen, Einblick in die Methoden und deren Wirkung zu gewinnen. Erst der Neuzeit ist es vorbehalten geblieben, in ernster Weise das Brauchbare vom Unbrauchbaren zu scheiden und den physikalischen Heilmitteln und Heilmethoden einen ebenso sicheren Untergrund zu geben, als den chirurgischen und pharmakologischen Heilmitteln und Heilmethoden, mit denen nunmehr die physikalische Therapie völlig gleichwertig zum Heil unserer Kranken sich als nutzbar erweist.

REFERATE.

Innere Medizin.

Asthma und Heuschnupfen.

1. **Ueber Asthmabehandlung.** Von Dr. Siegel, Reichenhall. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
2. **Die Behandlung des Asthma bronchiale mit Jodpräparaten.** Von Dr. Tauszk, Budapest. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
3. **Ueber die Anwendung des Morphiums bei Asthma.** Von Goldschmidt, Reichenhall. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Ueber ein Asthma-Inhalationsmittel nach Prof. Dr. Alfred Einhorn.** Von Dr. Friedrich Schäfer, München. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
5. **Ueber Heuschnupfenbehandlung nach eigenen Erfahrungen.** Von Dr. Georg Avellis, Frankfurt a. M. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

1. Siegel hat das Sängersche Verfahren zur Bekämpfung des Anfalls — wie es Sänger nennt „Ausatemgymnastik" — angewendet. Sänger läßt auf eine wenig tiefe Inspiration eine länger dauernde, ebenfalls wenig tiefe Exspiration folgen. Letztere läßt er tönend sich vollziehen, derart, daß der Kranke „mit mäßig lauter Stimme und unter Dehnung der Vokale" zählt (z. B. eiiins, zweiii, dreiii u. s. w.). Indem er bis zu einer gewissen Zahl — pro Zahl eine Sekunde — zählen läßt, fixiert er gleichzeitig die Dauer der Ausatmung, die anfänglich ziemlich begrenzt, etwa bis vier, später länger ausgedehnt werden soll. Dann folgt die Inspiration. In der anfallsfreien Zeit soll diese Methode geübt, im Anfall selbst diese Uebung öfter 5—10 Minuten lang gemacht werden. Wichtig ist das Einhalten eines bestimmten Tempos. Die Einatmung wird reguliert, indem man eine vorher bestimmte Zahl resp. deren Vielfaches ausfallen läßt und das dieser Zahl zukommende Tempo zur Einatmung benützt, um dann in unverändert gleichem Tempo weiterzuzählen. Dadurch sucht Sänger umfangreiche Inspirationen zu vermeiden. Durch das folgende Schema veranschaulicht er den Gang der Uebung:

1 | 2 | 3 | 4 Insp. 6 | 7 | 8 | 9 Insp. u. s. w.
(1–3: Exsp.) (6–8: Exsp.)

Siegel hat von dieser Methode bei einer Reihe von Patienten Gebrauch gemacht und mißt dieser Art von Gymnastik, welche die instruktiven forcierten Atembewegungen (besonders in der Exspiration) auszuschalten versucht, auf Grund seiner diesbezüglichen Beobachtungen eine nicht zu unterschätzende Bereicherung unserer Behandlungsmethoden des asthmatischen Anfalls bei; über den Einfluß auf das Gesamtleiden vermag er wegen der gleichzeitigen Anwendung anderer Mittel kein objektives Urteil abzugeben.

Das Verfahren ist nicht immer gleichwertig. Nicht nur, daß dasselbe an sich trotz des besten Willens der Patienten und der Ausdauer des Arztes versagen kann, es scheitert auch oft an der Willensschwäche und der geringen Widerstandskraft im Anfall. Gar oft wird das Zählen, der Kampf gegen den Zug der Muskulatur den Kranken ermüden, daß er streikt. Daraus geht ohneweiters hervor, daß schon bei mittelschweren Fällen ein Mißerfolg möglich ist, wenn der Kranke sich selbst überlassen bleibt, und ferner bei nicht genügend instruierter, ruhiger und geduldiger Umgebung. Darin, daß in vielen Fällen der Erfolg von der Anwesenheit und Hilfe einer zweiten Person, eventuell des Arztes, überhaupt abhängig ist, liegt eine Schwäche des Wertes; wer nicht gleichzeitig irgend jemandem aus der Umgebung des Kranken die Uebungen lernen läßt, darf sich über Mißerfolge nicht wundern. Wie weit psychische Ablenkung an dem Erfolg teilhat, läßt sich nicht sagen. Die Erklärung hiefür wäre, daß die falschen Atembewegungen, die nach Strübnig zwangsgemäß einsetzen, auf psychischer Basis entstehen und nur dem Bestreben des Kranken entspringen, sich durch forcierte Exspirationen „Luft" zu machen. Indem auf solche Weise durch gesteigerten Exspirationsdruck und weitere Verengerung der Bronchioli erst recht wieder Asthma ent-

steht, wäre der Circulus vitiosus geschlossen und die Ablenkung wäre nur Vermeidung kräftiger Atemzüge. Somit fiele die Methode in den Bereich Brügelmannscher „Edukation". Die Tatsache bleibt aber, wie Siegel weiter schreibt, unumstößlich, daß durch derartige Behandlung der Anfall günstig beeinflußt, ein Mißbrauch der gewöhnlichen Asthmamittel leicht vermieden, insbesondere in vielen Fällen Atropin und Morphium entbehrt werden kann, ein Gewinn, der bei einem chronischen und so qualvollen Leiden nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 4, 1907.)

2. In der Behandlung von Asthma bronchiale spielt Jod schon seit langer Zeit eine große Rolle. Die lange Versuchsreihe von Arzneien und Präparaten hat ergeben, daß in den seltensten Fällen anhaltender Erfolg durch nasale Behandlung erzielt wurde und eine anhaltende Heilung bei Asthma bronchiale in den meisten Fällen doch nur von Jodkali gesehen werden kann. Oft bewährt es sich schon symptomatisch vorzüglich, und Tauszk könnte eine ganze Reihe von Fällen anführen, bei denen die kräftigsten Anfälle auf $^1/_2$—1 g Jodkali sicherer aufhörten als auf das stärkste Narkotikum. Ein anderer Teil der Fälle konnte aber nur durch lange anhaltende Verabreichung von Jodkali so beeinflußt werden, daß die Anfälle seltener wurden oder gänzlich nachließen. Es kann allerdings nicht geleugnet werden, daß es auch Asthmafälle gibt, bei denen jedes Heilmittel, jedes Verfahren und auch das Jodkali im Stich läßt. Tauszk bemerkt aber bezüglich der Jodkaliverabreichung: Wenn wir Fälle setzen, die auf 0·1—0·2 g Jodkali günstig reagieren, so müssen wir doch damit rechnen, daß die Mehrzahl nicht nur anhaltende Dosierung, sondern auch große Dosen des Jodkali erfordern. Tauszk hat früher in mehreren Asthmafällen das Jodkali nach einer mehrere Wochen dauernden Verabreichung von 1—$1^1/_2$ g täglich weggelassen, da kein Einfluß bemerkbar war. Dieselben Fälle zeigten bei neuerlichem Versuch von 4 g Jodkali sehr gute Erfolge und blieben die sonst täglichen oder jeden zweiten Tag auftretenden Anfälle Monate hindurch aus. Bei einem wegen Nasenpolyp operierten Patienten wurden die Anfälle nicht seltener, sondern im Gegenteil stärker. Auf Verabreichung von täglich 3 g Jodkali dagegen war die Besserung überraschend. Außer Jodkali verfügen wir noch über eine große Reihe von ausgezeichneten Mitteln, welche in der Praxis nicht vermißt werden können und dürfen. Doch ist das Spezifikum des Asthma bronchiale auch heute noch das Jodkali; es muß aber nochmals erwähnt werden, daß es in großen Dosen von 3—4—5—6 g pro die und lange Zeit gegeben werden muß. Es gibt kaum ein Medikament, welches in so mannigfacher Form und auf so breitem Indikationsgebiete verabreicht wird als das Jodkali. Die Bestrebungen, die unerwünschten Erscheinungen der Joddarreichung zu eliminieren, hatten bisher keinen zufriedenstellenden Erfolg. Tauszk mußte in vielen Fällen von dem Heilung verheißenden Medikament absehen, weil seiner Verabreichung unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstanden, indem Jodismus schon bei kleinen Dosen von Jodkali auftritt. Es sei deshalb zu begrüßen gewesen, als eine große ausländische Fabrik ein dem Jodismus möglichst ausschließendes Präparat in den Verkehr brachte, indem es von der Voraussetzung ausging, daß die unangenehmen Nebenwirkungen der Jodpräparate in kleinerem Maße auftreten, wenn das Jod als Monojodfettsäure gebunden angewendet wird und dadurch die Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse günstig beeinflußt werden. Die Fabrik sagt selbst, daß es unmöglich ist, ein Jodpräparat herzustellen, bei dem Jodismus gänzlich ausgeschlossen wäre, doch müssen wir zufrieden sein, wenn dieser nur in geringem Maße auftritt. Das neue unter dem Namen Sajodin in Verkehr gebrachte Mittel, das Kalziumsalz einer Jodfettsäure, ein geruchloses, geschmackloses, in Wasser gänzlich unlösbares Pulver, welches 26% Jod und 4·1% Kalzium enthält, entspricht voll dieser Anforderung, und sprachen die Versuche, die mit Sajodin gemacht wurden, für die prak-

tische Verwendung des Mittels. Sajodin stört die Verdauungsorgane kaum, es wurde auch bei sonstiger Jodidiosynkrasie diese Form von den Kranken gut vertragen. Von anderen Autoren wird die leichte Anwendbarkeit des Mittels bezeugt und betont, daß Jodismus gar nicht oder in nur sehr geringem Maße auftritt und daß Sajodin den Magen- und Darmkanal viel weniger irritiert als Jodkali. T a u s z k reichte Sajodin in zehn Fällen von Endarteritis. Die Tagesdosen schwankten zwischen 0·5 und 3 g, die Einzeldosen zwischen 0·5 und 1 g. 20—30 Minuten nach der Verabreichung konnte das Jod im Urin mit Bestimmtheit nachgewiesen werden. Die Patienten ertrugen es ausnahmslos gut, von seite des Magens und des Darmtraktus zeigten sich keine Unannehmlichkeiten. Während einzelne Kranke auch nach 3—4 Wochen keinen Jodismus zeigten, hat sich bei zwei Patienten in der zweiten respektive dritten Woche Jodschnupfen eingestellt, doch war dieser sehr gering und blieb nach zwei bis drei Tagen bei Aussetzen des Sajodins weg, so daß das Mittel wieder fortgesetzt werden konnte! T a u s z k beschreibt zwei Fälle, bei denen erst eine Operation und andere moderne Mittel nicht helfen konnten und der Anfall durch Sajodin von 3 g behoben wurde. Die Patienten zeigten gegen Jod entschieden Intoleranz, so daß Jod in genügender Dosis und längere Zeit hindurch nicht gegeben werden konnte, um Erfolge zu erzielen. Diese Fälle lassen Sajodin dort indiziert erscheinen, wo Jod sonst infolge von Jodismus nicht weitergegeben werden kann. In drei Fällen konnte durch Sajodin kein günstiger Einfluß auf das Asthma verzeichnet werden. In einigen Fällen von diffuser Bronchitis, asthmatischem Emphysem wirkte Sajodin antidyspnöisch, besonders in Fällen, wo die Dyspnöe durch eine kapilläre Bronchitis verursacht wurde. T a u s z k gab in solchen Fällen das Sajodin gewöhnlich in Kombination mit Expektorantien. Sajodin kann auch lange Zeit hindurch in großen Dosen gegeben werden, es treten keine auffallenden schädlichen Nebenwirkungen auf, der Geschmack ist dem Patienten nicht unangenehm; Darmerscheinungen treten nur in den seltensten Fällen auf. Manchmal klagen die Patienten über schlechten Magen, Appetitlosigkeit; es genügt dann, das Sajodin 1—2 Tage lang wegzulassen, worauf sich der Appetit wieder einstellt. Manchmal gab T a u s z k ungeachtet der genannten Beschwerden das Sajodin weiter, auch dann entstanden keine ernsten Komplikationen. T a u s z k beobachtete einen Kranken, der bereits drei Monate Sajodin in Tagesdosen von 3 g ohne jede unangenehme Nebenwirkung nimmt. Die Hoffnung, daß das Sajodin ein Mittel ist, welches Jodismus absolut ausschließt, hat sich nicht erfüllt, wie es von der Fabrik auch nicht versprochen wurde. Nach längerer Verabreichung zeigen sich Symptome des Jodismus, doch während diese einerseits sehr leicht sind, sind sie auch anderseits selten. Nur in einem Falle sah T a u s z k, daß wegen des Symptoms des Jodismus nach 10 Tagen von der Verabreichung des Sajodin weggelassen werden mußte. Die Eigenschaft des Sajodins, daß es nur geringe Nebenwirkungen besitzt, macht es für längere Verabreichung geeignet und stellt es über die anderen, in Verwendung kommenden Jodpräparate. Die günstige Wirkung des Sajodins ist durch die glückliche Gestaltung der Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse begründet und dadurch steht es derzeit über den anderen Jodpräparaten. T a u s z k kommt zu dem Schluß, daß das Sajodin in der Therapie des Asthma bronchiale ein verläßliches, ohne üble Nachwirkungen lange Zeit hindurch verabreichbares, Jodismus nur selten und in geringem Grade hervorrufendes, wertvolles Präparat ist. — (Wien. med. Presse Nr. 6, 1907.)

3. Daß wir in den klassischen Fällen von Asthma, wo jemand alle halbe Jahre einmal einen Asthma-Anfall bekommt, ohne Gewissensbisse Morphin applizieren können, ist anerkannt. G o l d s c h m i d t möchte aber auch die Kranken mit chronischem Asthma, dem Status asthmaticus, der Gefahr des Morphinismus wegen, nicht der Wohltat der Morphiumspritze beraubt wissen. Er verfügt über Fälle, denen er ein halbes Jahr lang täglich

Morphin gegeben hat, ohne daß eine Spur von Morphinismus eingetreten wäre. Allerdings gibt er kleine Dosen, 3—5 mg, die aber völlig ausreichen, um eine ruhige Nacht zu verschaffen. Man muß erst dann mit Morphin aufhören, sobald sich die ersten Zeichen des Morphinismus zeigen, d. h., wenn die Anfangsdosis wesentlich überschritten werden muß; man geht dann zu Chloralhydrat über. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26, 1907.)

4. Schäfer ließ das amerikanische Tuckersche Heilmittel bezw. Geheimmittel gegen Asthma, das sich so vorzüglicher Erfolge rühmen konnte, durch Prof. Einhorn analysieren, doch waren die nach den Analysen eingeleiteten Versuche so lange sehr wenig ermunternd, bis Einhorn die Nitrite des Kokains und Atropins, die er im Tuckerschen Mittel in Lösung fand, in reinem Zustande darstellte und Lösungen von diesen bis dahin unbekannten Salzen Schäfer zur therapeutischen Prüfung zur Verfügung stellte. Seitdem ziehen die Patienten bald das Tuckersche Mittel, bald die Schäfer-Einhornsche Vorschrift vor, vice versa, je nachdem sie das Geheimmittel oder letztere zuerst angewendet haben.

Diese Schäfer-Einhornsche Vorschrift lautet:

Kokainnitrit	1·028%
Atropinnitrit	0·581%
Glyzerin	32·16 %
Wasser	66·23 %

Schäfer hat dieselbe an 25—30 Patienten geprüft; sie enthält im wesentlichen dasselbe, wie viele unserer Asthmamittel, die Anwendungsweise ist die des Tuckerschen Mittels, und zwar die, daß der Patient den Oelzerstäuber mit Nasenansatzrohr nimmt, sobald er das Einsetzen des Anfalles bemerkt, und „dann während einiger tiefer Inspirationen das durch rasches, kräftiges Drücken auf den Gummiballon zerstäubte Mittel durch die Nase saugt, so daß der ganze Respirationstraktus herunter bis in die Bronchien in direkte Berührung mit dem krampfstillenden Medikament kommt“. Wirkt das Mittel nicht genügend, soll die Manipulation nach $^1/_2$—1 Stunde wiederholt werden. Ungeschickte Patienten müssen entsprechend belehrt werden. Die Bedenken, daß schwere Vergiftungen entstehen könnten, weil diese Schäfer-Einhornsche Vorschrift 1% Kokain und $^1/_2$% Atropin enthalten, werden damit zerstreut, daß nach Berechnungen von Einhorn mit einem guten Oelzerstäuber in 3 Minuten höchstens 0·000348 Atropinnitrit und 0·000620 Kokainnitrit zerstäubt werden, das macht bei täglich zwei- bis dreimaliger Anwendung 0·000290 g Atropinnitrit und 0·000517 g Kokainnitrit aus. Zu zehn tiefen Atemzügen braucht man 50 Sekunden im äußersten Falle.

Der Kranke darf, um den Erfolg nicht zu verhindern, nicht erst inhalieren, wenn der Anfall bereits auf seiner Höhe ist, und soll nach Schäfer auch darauf aufmerksam gemacht werden, daß, wenn eine gewisse Trockenheit im Rachen sich bemerkbar macht, er des Guten zu viel getan hat; durch diese letztere Belehrung würde eine Vergiftung auch zu vermeiden sein.

Schäfer kennt Fälle, die das Tuckersche Mittel schon 5—6 Jahre ohne nachweisliche Schädigung täglich nehmen, somit ist auch von dem jahrelangen Gebauch obiger Vorschrift keine Schädigung zu erwarten. Zum Schlusse wünscht Schäfer eine Nachprüfung seiner Vorschrift im Interesse der Asthmakranken und der Bekämpfung des Geheimmittelschwindels. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 28, 1907.)

5. Die Gründung des Heufieberbundes war ein Akt der Selbsthilfe, dessen Existenzberechtigung in der Unkenntnis vieler Aerzte und ihrer therapeutischen Gleichgiltigkeit auf diesem kleinen Spezialgebiete begründet war. Die Art und Weise, wie der Bund die statistischen Umfragen, die Aufklärung in Bezug auf Hygiene und Vorbeugung, die Verbreitung neuer Kenntnisse gehandhabt hat, verdient alle Anerkennung und Förderung seitens der Aerzte, die jedem ihrer neu hinzukommenden Heufieberkranken den Anschluß mit gutem Gewissen empfehlen können. Es hat tatsächlich den Anschein,

als ob die Zahl der Heufieberdisponierten von Jahr zu Jahr zunimmt. In Amerika ist man ja schon seit vielen Jahren zur genossenschaftlichen Exploitierung der Heufieberkranken geschritten. In den oberhalb der Wachstumsgrenze der dort in Frage kommenden Gräser (es sind andere Arten als bei uns!) erbauten großen Etablissements halten sich die Leidenden monatelang auf, genießen ihren Gottesdienst und ihre Zerstreuungen, treiben Studien und Sport. Als Kellner, Hausmädchen, Begleiter fungieren Studenten, Lehrerinnen, Theologen, junge Kaufleute, die den teuren Aufenthalt aus eigenen Mitteln nicht bestreiten können. Das tägliche Thema ist natürlich: „Hayfever.“ Die schweren Fälle sind auch dort nicht völlig frei, schlechte Nächte, Augentränen, Niesen, Asthma, Husten sind auch in dieser angeblich immunen Zone nicht selten, doch fühlen sich die leichteren Fälle dort völlig wohl. Manche schwere Fälle in den Vereinigten Staaten sind dagegen so hartnäckig, daß sie fast das ganze Jahr anhalten und nicht eher befreit sind, bis die Kranken einen dauernden Aufenthalt in Europa nehmen. Unser durch Gramineenpollen, manchmal auch Flieder- und Akazienblüten ausgelöster Frühlingskatarrh (Mai—Juni) kommt in Amerika kaum vor, ihr Heufieber verdanken die Amerikaner den Solidagineen, Ambrosiaceen und anderen nicht in Europa (nur in Ziergärten vereinzelt!) vorkommenden Pflanzen, deren Giftigkeit sich nur im Herbst geltend macht. Nach den Erfahrungen A v e l l i s’ treffen die Bemerkungen von A. W o l f f - E i s n e r, die in Amerika von Herbstkatarrhen befallenen Patienten würden in Europa häufiger an unserem Frühlingskatarrh erkranken, nicht zu. — Man könnte denken, die Giftempfänglichkeit steigere sich von Geschlecht zu Geschlecht und ist spezifisch an ein bestimmtes Pflanzengift gebunden. A v e l l i s verfügt über drei Fälle, die das erste Jahr das Pollantinpulver außerordentlich lobten, allmählich schwächte sich seine Wirkung ab. Das zweite Jahr waren sie mit dem erwarteten Erfolg gar nicht zufrieden, die Linderung war kaum vorhanden, trotz Erfüllung aller Vorsichtsmaßregeln, das dritte Jahr verschlimmerte geradezu jede kleine Pollantindose die Reizung erheblich. A v e l l i s bespricht nach diesen Vorbemerkungen:

I. Die lokale Behandlung der Nase.

Im ganzen ist A v e l l i s bei neurotischen Prozessen in der Nase kein Anhänger scharfer örtlicher Behandlung gewesen, wenn er auch zugibt, daß in einzelnen Fällen, speziell bei Kindern mit nervösem Schnupfen und Asthma, eine galvanokaustische Aetzung der Nase Wunder wirkt, nachdem Entfernung der Adenoiden, Trichloressigsäureätzungen, Allgemeinbehandlung und Klimatotherapie nichts erreicht hatten. Bei Heufieberkranken ist A v e l l i s zu der Ansicht gekommen, daß eine der Heufieberperiode vorausgehende galvanokaustische Behandlung der unteren Muschel (und eventuell des Tuberculum septi) mit nachfolgender Aetzung (im März bis April) die Anfallsperiode stark abschwächt und abkürzt, ganz gleich, wie in der kritischen Zeit der Patient medikamentös versorgt wird, und daß eine 2—3 Jahre wiederholte Aetzung in der Vorzeit des Heufiebers die Reizung der Schleimhäute und die Giftempfänglichkeit so erniedrigt, daß die Attackenperiode auf drei Wochen beschränkt werden kann und bei Vermeidung der üblichen Gefahren sich durch örtliche, reizstillende Mittel (Anästhesinkompositionen etc.) die Beschwerden auf ein Minimum reduzieren lassen. Die Erkenntnis hat A v e l l i s zu einer jetzt feststehenden Regel in der Behandlung geführt, so lange es sich um Kranke handelt, die noch nicht die Bronchitis und das Asthma befallen hat. Diese letzte Kategorie schwerer Fälle ist ein geeignetes Objekt für die heufieberfreien Gebiete (Helgoland, das hohe Meer, Island, Sahara, die temporärfreien Gebiete je nach der Blütezeit der Gräser: Hochgebirge, gewisse Seeorte etc.). Ausführlicheres darüber ist in der Monographie W o l f f - E i s n e r s über das Heufieber enthalten. (München 1906, Lehmanns Verlag.)

II. Die äußere Nasentherapie.

Für viele Leute ist es praktisch, ein Wattefilter zu tragen. An Stelle der für die Luft zu undurchlässigen Wattepfropfen nehme man die Mohrschen Filter aus Silber, die für Mk. 5 der Juwelier W. Nagel, Hannover, Kalenbergstraße Nr. 22, in drei Größen anfertigt. Dieses Filter muß schon vor der Heufieberzeit probeweise getragen werden, damit sich Patient an den Reiz gewöhnt. Auch sind Vaselintampons faute de mieux oft recht brauchbar. Staubsichere Automobilbrillen müssen manche Kranke bei Fahrten über Land in der Eisenbahn tragen. Auch das bloße .Einfetten der äußeren Nase, der Augenränder und des Naseneinganges mit reiner Butter, Vaseline etc. ist nützlich.

III. Pollantin- und Graminolbehandlung.

Als Resultat der eigenen Ergebnisse kann Avellis resumieren: Die Fälle, wo Pollantin glänzend wirkt, sind selten. Meist wird das Pulver vorgezogen; es darf nur gebraucht werden, wenn die Nase „ruhig“ ist. Avellis läßt mehrmals nachts bei freier Atmung und völliger Reizlosigkeit Pollantin aufschnupfen, dann weiter ein- bis zweistündlich am Tage und immer so, daß ein Anfall von Schnupfen vorbeugend abgefangen wird. Schlägt das Pollantin fehl, so rät Avellis zu Graminol. Wird eine ruhige Nase nicht erreicht, so sind die Fälle allein auf die anästhesierende lokale Therapie angewiesen, die mit und ohne spezifische „Serumbehandlung“ angewandt werden kann.

IV. Anästhesierende Therapie.

Die Heufieberkranken sind die prädestinierten Kokainisten und Morphinisten. Es war Avellis daher ein sehnlichster Wunsch erfüllt, als es dem Erfinder des Anästhesins Dr. Ritsert in Verbindung mit einigen Laryngologen gelang, für die Heufieberkranken ein absolut ungiftiges örtliches Anästhetikum zusammenzustellen. Eine Mischung von Anästhesin, Subkutin (d. i. wasserlösliches Anästhesin) und Paranephrin kann sowohl in Sprayform als auch als Pulver in Substanz und in Crèmeform angewendet werden. Für die Konjunktiva erwies sich das Pulver und die Crème praktikabel. Sonst zogen die Patienten, darunter auch von Avellis beratene Kollegen, die Crème vor. Sie wird unter dem Namen „Rhinokulincrème“ von dem pharmazeutischen Institut in Frankfurt des Dr. Ritsert in den Handel gebracht. Mit ihr kann man eine Nase so gut wie reizlos halten. Oft reicht diese Therapie in Verbindung mit den zu beobachtenden Vorsichtsmaßregeln aus. Seit drei Jahren hat Avellis nicht einmal mehr nötig gehabt, einen Heuschnupfenkranken in ein sogenanntes immunes Klima zu schicken. Anders bei Heuasthma. Die damit behafteten Patienten machten obige Behandlung für die Nase durch, konnten aber die immunen Orte nicht entbehren. Die Auswahl solch immuner Ort ist nicht leicht, man muß Jahreszeit, Blüteperiode und Nachbarschaft der Oertlichkeit genau berücksichtigen, man darf auch nicht vergessen, Patienten wegen des ferneren Ortswechsels aufzuklären, damit nicht manche Kranke Ende Juli, wo bei uns in der Ebene die Luft pollenfrei ist, ins Hochgebirge (Engadin) gehen, wo die dort viel später einsetzende Blütezeit den kaum von seinen Qualen Erlösten erneut an Heufieber erkranken läßt. Der Fragebogen von 1907 des Heufieberbundes wird eine Tabelle der Immunzeiten gewisser Kurorte den Interessenten zugänglich machen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11, 1907.)

Pleura.

1. Ueber Peripleuritis. Von S. Weißmann. Ref. Fritz Loeb, München.

2. Ueber Perkussion, deren Befunde und Deutung bei exsudativer Pleuritis. Von Bachmann, Zürich. Ref. Einstein, Stuttgart.

1. Man unterscheidet zwei Formen von Peripleuritis, eine akute und chronische, ebenso eine sekundäre und primäre. Das erste Auftreten des Leidens erfolgt zuweilen so allmählich, daß es sich die erste Zeit fast ganz der genauen Beobachtung entzieht, jedoch ist in 50% der Fälle der Beginn ein plötzlicher. Die

Krankheit beginnt gewöhnlich in akuten Fällen mit einem Schüttelfrost oder aber es gehen ihr multiple Fröste voraus; doch sind Fälle von Peripleuritis beschrieben, die ohne irgendwelche Zeichen von Fieber einhergingen und sich anfangs ausschließlich durch den heftigen Schmerz und sonstige subjektive Beschwerden äußerten. Dieser kontinuierliche Schmerz, welchen die Patienten als bohrenden, aus der Tiefe kommenden bezeichnen, macht noch lange vor dem nachweisbaren Auftreten einer Infiltration oder eines Abszesses die einzige, respektive die Hauptklage des Patienten aus. Bald aber macht sich noch eine Behinderung der Beweglichkeit der befallenen Seiten bemerkbar, welche die Schmerzen noch vergrößern. Der Fieberverlauf ist meist ein remittierender, die Pulsfrequenz und das subjektive Befinden des Kranken bieten nichts Charakteristisches dar. Die Venenstauung (am Hals) ist bei Peripleuritis meist undeutlich oder fehlt ganz, dagegen ist sie bei eiterigen pleuritischen Exsudaten fast immer vorhanden. Besteht eine leichte Lungenkompression, so kann ein unbedeutender Husten auftreten, für gewöhnlich aber fehlt er, ebenso der Auswurf. Dagegen findet sich Husten und Auswurf bei Pleuritis häufiger. Bei der Inspektion, ist sowohl bei der akuten, als auch bei der chronischen Form, wahrzunehmen, daß die kranke Seite außer der Verwölbung noch eine mehr oder weniger größere Erweiterung erfahren hat, außerdem ist die Exkursion der betreffenden Thoraxhälfte infolge der Eitermenge, möglicherweise auch infolge der schmerzhaften Entzündung beträchtlich vermindert. Mehr zuverlässig ist die Palpation, welche manchmal schon im Frühstadium die Diagnose gestattet, nämlich wenn der tiefe und starke, durch Druck hervorgerufene Schmerz auf einen entzündlichen Prozeß der Thoraxwand hinweist; so läßt das Fehlen der Reibegeräusche auf die Lokalisation des Prozesses außerhalb des Pleurasackes schließen. Ein weiteres sichtbares Zeichen ist das Klaffen eines oder zweier Interkostalräume, denn als lokalisierter Prozeß hat die Peripleuritis eine stärkere Verdrängung der Thoraxmuskeln und deren ausgedehntere Unterminierung zur Folge, als die Pleuritis. Das Phänomen ist übrigens kein konstantes und hängt auch davon ab, ob der Abszeß sich mehr nach der Peripherie oder in querer Richtung ausbreitet. Perkussion oder Auskultation ergeben wenig Anhaltspunkte für die Diagnose. Immerhin spricht eine deutliche inspiratorische Verschieblichkeit der Lungenränder mit gleichzeitigem Vorhandensein von lufthaltigem normalen Lungengewebe unterhalb der Stelle der Abszeßdämpfung für einen peripleuritischen Abszeß und gegen die Annahme eines Empyema necessitatis, bei welch letzterem eine unvermeidliche Verdrängung der Nachbarorgane, vor allem des Herzens, durch die physikalische Untersuchung nachweisbar ist. Eine Beweglichkeit der Flüssigkeit bei Lagewechsel des Kranken, welche bei Pleuraexsudaten immer vorhanden ist, fehlt beim peripleuritischen Abszeß, weil der Eiter hier abgekapselt ist.

Die Diagnose stützt sich auf folgende Punkte: 1. die schmerzhafte entzündliche Hyperplasie auf einem ungewöhnlichen Ort, welche an jedem Teil des Thorax vorkommen kann; 2. die befallenen Interkostalräume sind auseinander gewichen und ausgeglichen, die oberhalb gelegenen erscheinen zusammengedrängter; 3. Fluktuation an Stelle der großen Vorwölbung; 4. unregelmäßige, den Grenzen des Abszesses entsprechende Dämpfungsfigur; 5. Nachweis von lufthaltigem normalen Lungengewebe unterhalb der Dämpfungsgrenze; 6. bei starker zirkumskripter Vortreibung der Thoraxwand — inspiratorisches Erschlaffen der Interkostalräume; 7. Mangel oder sehr geringe Verdrängung der Nachbarorgane; 8. Flüssigkeitsbeweglichkeit id est Veränderung bei Lagewechsel fehlt; 9. Atmung gar nicht oder sehr wenig vom Entzündungsprozeß beeinflußt; 10. Fehlen von Hustenanfällen und profuser Expektoration (beim Empyema necessitatis immer vorhanden); 11. Probepunktion, welche manchmal verwertbaren Aufschluß über den Sitz, die Konsistenz und sonstige Verhältnisse des Abszesses, respektive der

Abszesshöhle gibt; 12. Digitalexploration nach erfolgter Inzision.

Die Differentialdiagnose hat Verwechslungen mit Periostitis, Osteomyelitis, Kongestionsabszessen, Rippenkaries, Pseudoplasmen, Aktinomykose uud Echinokokkus auszuschließen. Diese Aufgabe ist meist keine schwere, da alle diese Erkrankungen von charakteristischen Symptomen und Erscheinungen begleitet werden, welche die Diagnose gleich von Anfang an auf den richtigen Weg leiten, so z. B. lebhaft schmerzende Rippen und verdickte Rippenknorpel bei Periostitis, der chronische Beginn und die typische Verbreitungsweise bei Kongestionsabszessen, welche überhaupt einer den anatomischen Verhältnissen entsprechenden Richtung folgen. Bei Pseudoplasmen ist auf den Allgemeinverlauf des Leidens, Allgemeinbefinden und Aussehen des Kranken, auf Metastasen in den Lymphdrüsen usw. zu achten; bei Aktinomykose und Echinokokkus bringt der durch die Probepunktion gewonnene Eiter Aufklärung. Schwieriger ist die Differentialdiagnose zwischen Peripleuritis und Rippenkaries, besonders wenn die Bildung des Abszesses eine langsame und schmerzlose war. In solchen Fällen kann die Frage meistens erst während der Operation entschieden werden. Viel schwieriger, ja bis zu einem gewissen Grad fast unmöglich, ist die Unterscheidung vom pleuritischen abgekapselten Exsudat, welches einen peripleuritischen Abszeß vortäuschen kann, besonders wenn es einen beschränkten oberen Teil der Pleurahöhle einnimmt. Hier muß man auf die Vortreibung eines Interkostalraumes, scharfe Abgrenzung der Dämpfungsfigur, Vorhandensein von lufthaltigem Lungengewebe unterhalb des Abszesses und endlich auf die exspiratorische Spannung und inspiratorische Erschlaffung der Abszeßwand achten. Ist der Sitz des Abszesses in den unteren Teilen der Rippengegend, dann ist die Unterscheidung von Empyem fast unmöglich. Als Anhaltspunkte können dann vielleicht dienen: Aenderung der Dämpfungsgrenzen bei Lagewechsel des Kranken, gleichmäßige, auf einen oder mehrere Zwischenrippenräume beschränkte Dämpfungsfigur, Verdrängung der Nachbarorgane (Herz und Leber): dies alles spricht für Bestehen eines Empyems, während das Umgekehrte, besonders wenn dazu noch Fluktuation des Eiters nachweisbar ist, auf einen peripleuritischen Abszess schließen läßt.

Als die am häufigsten vorkommende Komplikation wird von einer Reihe von Autoren die Nephritis angegeben; Vf. ist dies jedoch nicht aufgefallen. Andere mögliche Komplikationen sind: Perikarditis, welche sich dadurch erklärt, daß die Entzündung sich auf das Mediastinalgewebe ausbreitet und auf diesem Weg auch den Herzbeutel ergreift: ferner Peritonitis, Periostitis und Nekrose der Rippen, Pleuropneumonie, Pleuritis, Bronchitis und Pyämie. Bemerkenswert ist, daß in neuerer Zeit beim peripleuritischen Abszess fast nie Komplikationen beobachtet werden. Die Prognose kann im allgemeinen als günstig gelten. Die früheren Autoren haben sie als „höchst ungünstig" bezeichnet.

Die Behandlung des peripleuritischen Abszesses muß eine frühzeitige und recht energische sein, widrigenfalls kann der Eiter zur Stagnation und Zersetzung führen oder auf die Nachbarschaft übergreifen und Komplikationen verursachen. Der Abszeß muß breit und weit, wenn möglich an mehreren Stellen eröffnet, die Höhle ausgekratzt, die Abszeßwände entfernt werden. Bestehen Fistelgänge, so müssen sie gespalten und scharf ausgelöffelt werden; dann nachfolgende zweckmäßige Drainage und Jodoformgazetamponade. Entdeckt man während der Operation kariöse oder nekrotische Rippen oder verhindern die Rippen den freien Zugang in die Abszeßhöhle, so ist die Resektion derselben, auch wenn sie ganz intakt befunden werden, unbedingt erforderlich. Wie es auch sei, die Eröffnung der Abszeßhöhle muß eine möglichst frühe sein, da nach König, bei längerem Warten die nachherige Schrumpfung und konsekutive Verkleinerung des Thorax immer hochgradiger wird. Auch im Fall des



Verfassers brachte die operative Hilfe rasche Heilung. — (Diss. Berlin 1906.)

2. Bachmann akzeptiert die von Rauchfuß gegebene Erklärung der bei der exsudativen Pleuritis auftretenden paravertebralen Dämpfung auf der gesunden Seite: Die Flüssigkeit, welche das Mediastinum posterior nach der gesunden Seite verschiebt, vermindert einerseits die elastischen Schwingungen der Thoraxwand und dämpft anderseits dadurch den Schall, daß sie nicht kompressibel ist; es kommt in ihr nicht zu Wellenbewegungen, sondern nur zu einer Dislokation der einzelnen Moleküle und daher entsteht klinisch die Dämpfung.*) Die Erklärung für die Dreieckform der Dämpfung ist schwieriger. Rauchfuß erklärt sie durch die Verschiebung des Mediastinum posterior nach der gesunden Seite. Jedenfalls muß dann aber auch das Zwerchfell, das an der Durchtrittsstelle des Oesophagus und der Aorta mit dem Mediastinum fest verbunden ist, mit verschoben sein. Der durch die Flüssigkeit erfüllte Hohlraum ist bestrebt Kugelform anzunehmen; so wird das Zwerchfell nach unten gedrängt und erleidet auch eine Verschiebung nach der gesunden Seite. Sicher aber bestimmen auch noch andere Faktoren — Verwachsungen, Art der Lungenverdrängung — die Form der Dämpfung.

Die Ursachen der paravertebralen Aufhellungszone der kranken Seite sind nach Hamburger die im umgekehrten Sinne wirkenden gleichen Faktoren, die auf der gesunden Seite die paravertebrale Dämpfung hervorbringen. Aber nur für die untersten Partien kommt die schallaufhellende Wirkung der gesunden Seite allein in Betracht, weiter oben spielt bei der Aufhellung des Perkussionsschalles auch die Lunge der kranken Seite, die sich nach dem Hilus zurückgezogen hat aber noch lufthaltig ist, eine wichtige Rolle. So entsteht das paravertebrale Garlandsche Dreieck, das kein perkutorisches Kunstprodukt darstellt, wie Hamburger meint. Die paravertebrale Aufhellungszone Hamburgers geht in das Garlandsche Dreieck über, ist aber nicht mit ihm identisch. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22, 1907.)

*) Nicht aber ist, wie Hamburger meint, die vermehrte Spannung der Thoraxwand die Ursache des Phänomens.

Pneumonie.

1. Klinische Untersuchungen über Pneumonie. Von Jürgens, Berlin. Ref. Eugen Binswanger, München.

2. Behandlung der Pneumonie mit Chinin. Von Davison, Toronto. Ref. Einstein, Stuttgart.

3. Ueber den Gebrauch von Kalziumsalzen als herztonisches Mittel bei Pneumonie und Herzkrankheiten. Von Dr. Lander Brunton. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

4. Ueber die Verwendung von Callaquol. Von Müller, Kötschenbroda. Ref. F. Perutz, München.

1. Die umfangreiche Studie Jürgens stellt sich als eine Schilderung der Fortschritte dar, welche die Beurteilung der Folgezustände pneumonischer Prozesse durch Anwendung der Röntgen-Durchleuchtung in den letzten Jahren an der II. med. Klinik zu Berlin gemacht.

Unter ausführlicher Wiedergabe zahlreicher Krankengeschichten und Röntgen-Bilder erweist Jürgens in überzeugender Weise den hohen Wert der Durchleuchtung bei der Feststellung aller außergewöhnlichen Ausgangsarten der genuinen Pneumonie.

Die Frage der verzögerten Resolution, die Ausgänge in Gangrän- und Abszeßbildung finden eingehende Erörterung, in der wir den Vorteil des Röntgen-Bildes für die Beurteilung von Enstehung und Heilung solcher Prozesse erkennen.

Der breiteste Raum in den lesenswerten Ausführungen Jürgens ist naturgemäß der Frage nach den Beziehungen der genuinen Pneumonie zu der sich häufig anschließenden tuberkulösen Lungenerkrankung gewidmet. Hier gibt die wiederholte Durchleuchtung oft eindeutigen Aufschluß, indem sie nach der deutlichen — der Resorption des pneumonischen Infiltrats entsprechenden — Aufhellung des Lungenschattens allmählich wieder neue Schat-

tierungen nachweisen läßt. häufig in Lungenteilen, die von der ursprünglichen Erkrankung nicht affiziert wurden.

Es scheint damit also neuerdings die alte Anschauung gerechtfertigt, welche in der postpneumonischen Tuberkulose nicht eine Neuinfektion des lädierten Gewebes, sondern ein durch Schwächung des Organismus bedingtes Aufflackern früherer Infektionsherde erblickt.

Die genaue Kenntnis dieser Studie Jürgens, auf deren Details hier nicht näher eingegangen werden kann, wird jedem von großem Nutzen sein, der sich in Praxis oder Forschung mit dem Röntgen-Lungenbilde beschäftigt. -- (Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 63, H. 5 u. 6.)

2. Davison hat Chinin bei krouposer und Broncho Pneumonie der Kinder regelmäßig angewandt und kommt zu dem Resultat, daß es eine geradezu spezifische Wirkung auf den Pneumokokkus ausübe. Nur muß das Mittel in genügender Dosis und frühzeitig angewandt werden. Wenn man die Behandlung in den ersten 24 Stunden der Erkrankung beginnt, so verläuft die Mehrzahl der Fälle in 30—60 Stunden abortiv.

Zuerst gibt Davison ein Abführmittel: 0·18 Kalomel auf einmal und 6 Stunden später ein salinisches Mittel. Dann folgt eine Anfangsdose von 0·9 bis 1·2 und darauf 24—48 Stunden lang stündlich Dosen von 0·18—0·3 Chinin. Ueble Folgen hat Davison niemals gesehen Die Fälle, in denen Chinin nicht wirkt, sind wohl durch eine Mischinfektion kompliziert. — (The Canadian Practitioner and Review. Nr. 4, 1907.)

3. Brunton beruft sich auf seine und Dr. Pricketts im gleichen Journale am 23. Januar 1892 veröffentlichten Empfehlungen der Anwendung von Sauerstoff und Strychnin bei Pneumonie. Gelegentlich einer Epidemie von Influenza-Pneumonie beobachtete er eine große Neigung zu Herzfehlern und er glaubt, daß diese in einem gewissen Grade abgewendet werden könnten durch den Gebrauch von Kalziumsalzen, welche eine tonische Wirkung auf das Herz haben. Brunton geht von der Entdeckung Ringers ab, daß ein Froschherz seine Kontraktionskraft bald verliert, wenn es mit einer Lösung von Kochsalz in destilliertem Wasser durchströmt wird, daß dieses Resultat aber ausbleibt, wenn die Lösung mit Trinkwasser gemacht ist. Er verschrieb trotz der Gefahr, die Gerinnbarkeit des Blutes zu erhöhen, Kalziumchlorid. Wenn er auch in einigen Fällen unangenehme Resultate hatte, so erscheint ihm doch die Zahl der Erfolge so ermutigend, daß sie eine weitere Prüfung verdienen. Er gibt Kalziumchlorid in 5 bis 10 Graingaben (1 Grain = 0·0648 g) auch einfach gelöst im Wasser. Da es sich sehr leicht verflüssigt, kann es nur als Lösung erhalten werden. Es hat einen sehr unangenehmen salzigen Geschmack, der aber durch eine Spur Saccharin leicht verdeckt werden kann. Die Mixtur kann entweder in Wasser oder Milch gegeben werden und verträgt sich mit jedem anderen Medikament. Er gebraucht das Mittel auch bei Herzkrankheiten. bei welchen die Ventrikelwand ihre Kraft zu verlieren scheint, bei Pneumonie scheint ihm der Kalziumchlorid das beste Kalziumsalz zu sein, wenn man eine schnelle Herztätigkeit wünscht, während in anderen Herzkrankheiten andere Salze wie Laktophosphat und Glyzerinphosphat angewendet werden dürfen. Auf diesem großen Gehalt an Kalziumchlorid scheint Brunton auch der Erfolg der Milchdiät bei Herzfehlern zu beruhen. — (The British Medical Journal, 16. März 1907.)

4. Callaquol ist eine aus Oxytricarballylsäureester Oleum Thymi und Solut. sapon. album. bestehende Lösung, die, mit kaltem Wasser gemischt, zu Umschlägen angewandt wird. Durch diesen Zusatz soll die hyperämisierende Heilwirkung der gewöhnlichen Prießnitzschen Umschläge erhöht werden. Müller hat Callaquolumschläge mit „gutem Erfolg“ bei Parametritis, Pelveoperitonitis, Zystitis. Appendizitis und einer Reihe von gynäkologischen Affektionen angewandt.

Wenn er aber bei einer Pneumonie, die am 10. Tage lytisch entfieberte und nachher zu einem sich Ende der zweiten Woche spontan resorbierenden Pleura-

exsudate führte, den Callaquolumschlägen einen „hervorragenden“ Einfluß an dem Verlauf zuschreibt, so verrät das einen gefährlichen Mangel an Kritik, der aber für viele zum Lobe eines neuen Heilmittels erscheinenden Publikationen leider bezeichnend ist. — (Die Heilkunde, H. 3, 1907.)

Leber. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. **Traubenkuren bei atrophischer Leberzirrhose.** Von A. Cavazzani.
2. **Ein Fall von Leberzirrhose mit Keratin behandelt.** Von S. M. Zypkin.
3. **Chloroformwirkung bei latenter Leberzirrhose.** Von Foà.
4. **Ueber die Wirkung der Orber Martinusquelle bei Lebererkrankungen.** Von Rittsteiner.
5. **Die Veränderungen der Leber im Gefolge von zeitweiser Blutabsperrung.** Von A. Cosentino.
6. **Ueber experimentelle Leberzirrhose auf tuberkulöser Basis.** Von Oskar Stoerck.
7. **Ueber tuberkulöse Leberzirrhose.** Von N. Jagić.

1. Die Behandlung der atrophischen Leberzirrhose im aszitischem Stadium ist für den Arzt keine erfreuliche Beschäftigung; Punktion folgt immer rascher auf Punktion, bis der Patient der Erschöpfung oder einer interkurrenten Krankheit erliegt. Die fünf Fälle, die Cavazzani mitteilt, bieten ein weit erfreulicheres Bild. In allen handelt es sich um zweifellose Fälle von Leberzirrhose mit Milztumor und Aszites, welch letzterer trotz der angewendeten Behandlungsmethoden stets wiedergekommen war. Die Darreichung von 2—4 Pfund Trauben pro Tag bewirkte eine energische Anregung der Durese, in deren Gefolge der Aszites schwand, um auch nach Weglassung der Trauben nicht wiederzukommen; in mehreren Fällen dauert der günstige Zustand der klinischen Heilung bereits Jahre an. Allerdings sind die hier veröffeutlichten Fälle die günstigsten; ihnen reihen sich andere an, in denen zwar Besserung eintrat, bei denen aber der schließliche Erfolg unbekannt ist, wieder andere, wo nur vorübergehende Besserung in Erscheinung trat, und noch andere, wo gar kein Erfolg zu beobachten war. Die Traubenkur ist selbstverständlich mit allen anderen hygienisch-diätetischen Maßnahmen zu verbinden; eine Kontraindikation für sie gibt es nicht. Die Heilwirkung ist vor allem dem diuretisch wirkenden Traubenzucker zuzuschreiben, dann aber auch den mit der Traube eingeführten Fermenten; es ist daher rätlich, daneben noch andere Fermente, am besten Bierhefe, zu geben. Jedenfalls gibt die Traubenkur relativ ganz vorzügliche Resultate, so daß man bei ihrer Anwendung die Prognose der Krankheit nicht allzu schlecht für jeden Fall zu stellen braucht. Eine Wiederherstellung des normalen Volums der Leber führt sie nicht herbei, ebenso wenig in den meisten Fällen eine Verkleinerung der Milz oder ein Verschwinden der erweiterten subkutanen Abdominalvenen. — (Riv. crit. di Clin. med. Nr. 2 u. 3, 1907.)

2. Nachdem die Behandlung von solchen Rückenmarkskrankheiten, bei denen es sich vorwiegend um eine Erkrankung des interstitiellen Gewebes handelt (also Tabes, multiple Sklerose etc.), mit Keratin gewisse Erfolge erzielt hatte, beruhend wohl auf der Fähigkeit des Keratins, Glutin, den Hauptbestandteil des Bindegewebes, zu binden, versuchte Zypkin es auch in einem Falle einer anderen Erkrankung des Interstitiums, bei einer Leberzirrhose. Angesichts der Stauung im Pfortaderkreislauf war nicht auf eine ausreichende Verdauung und Resorption per os gegebenen Keratins zu rechnen, weshalb es sukutan appliziert wurde, täglich eine Spritze einer Lösung Keratin 2·0, Sol. natr. bicarb. 1%, 10·0. Später, als die Stanung gebessert war, wurde es auch innerlich gegeben, täglich 10 Tabletten à 0·5. Die Patientin war 14 Monate im Krankenhaus, hatte bei der Aufnahme Oedeme der Beine, hochgradigen Aszites, der sofort punktiert werden mußte, Dyspnöe, verfallenes Aussehen. Sie verließ das Krankenhaus, ohne daß eine zweite Punktion nötig wurde, ohne Dyspnöe, selbst bei raschem Gehen, mit gutem Aussehen. Die hochgradig vergrößerte Leber hatte sich erheblich verkleinert, etwas Aszites war noch vorhanden. Die Menses, die 14 Monate

pausiert hatten, waren wieder aufgetreten. Im ganzen waren 4800 Keratintabletten verzehrt worden. Vf. ist selbst der Ansicht, daß neben der Leberzirrhose eine Myokarditis bestand. Ref. scheint es, als ob sich ein großer Teil der Erscheinungen mehr auf die Herzveränderungen als auf die Leberaffektion bezogen, und derartige Besserungen sieht man in solchen Fällen auch ohne Keratin lediglich durch die Ruhe und geordnete Lebensführung im Krankenhause. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 24, 1907.)

3. Foá macht darauf aufmerksam, daß Chloroform geeignet ist, die an sich schon geschädigte Leber weiter intensiv zu schädigen und berichtet über zwei Fälle, in denen Chloroformnarkosen bei latenter Leberzirrhose zu Ikterus, Koma und Tod geführt hatten. Er rät daher zu großer Vorsicht bei Verdacht auf vorhandene Lebererkrankung. — (Gazz. Med. Ital. 31. Jänner 1907.)

4. In einer ausführlichen Abhandlung bespricht Rittsteiner die Wirkung der Orber Martinquelle, einer Kochsalzquelle. Eine Trinkkur mit ihr hält er für indiziert bei:

I. Magendarmleiden.

a) Subakutem und chronischem Magenkatarrh mit oder ohne erhebliche Schleimabsonderung und herabgesetzter Azidität.

b) Hyperazidität nervösen Ursprungs.

c) Chronischen Durchfällen, auf katarrhalischer Erkrankung der Darmschleimhaut beruhend.

d) Chronischer Obstipation und pseudomembranöser Enteritis.

II. Leber- und Gallenwegeerkrankungen:

a) Hyperämie der Leber: Leberkongestion, Stauungsleber, Unterleibsplethora, Hämorrhoiden.

b) Anfangsstadien der atrophischen und hypertrophischen Zirrhose, Cirrhoses cardiaques.

c) Katarrh der Gallenwege; Ikterus catarrhalis und toxicus und infolge von Zirkulationsstörungen.

d) Steinbildendem Katarrh, Gallensteinkrankheit und ihren Folgezuständen.

e) Störungen der Leberzellentätigkeit bezüglich des Stoffwechsels bei harnsaurer Diathese, Diabetes und Fettleber. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 22, 1906.)

5. Bei der Erwägung chirurgischer Eingriffe am Leberparenchym ist die Frage wichtig, ob man unter Blutleere operieren kann, ohne das Organ zu schädigen. Cosentino fand in Tierexperimenten (7 Kaninchen und 28 Hunde), daß eine derartige Ischämie zu erreichen ist, und zwar bis zu ½ Stunde, besonders bei Hunden, ohne daß es zu besonderen Störungen kommt; die Veränderungen, die die Leberzellen erleiden, sind gering und gehen stets rasch zurück. Auch die Gefahr, daß die Kompression der großen Gefäße des Leberstammes durch eine elastische Pinzette zu Thrombenbildung führen könnte, ist, wie die erhobenen Befunde lehren, nicht als in Betracht kommend zu erachten. — (Il Policlinico Sez. chir. Nr. 10—11, 1906.)

6. Der Befund zirrhotischer Leberveränderungen bei tuberkulös infizierten Meerschweinchen wurde bereits mehrfach erhoben. Stoerck kann auf Grund der Untersuchungen von solchen 120 Lebern aussagen, daß die zirrhotische Leberveränderung fast ausnahmslos in jedem Falle entsprechender Beobachtungsdauer, also gesetzmäßig zu konstatieren ist. Die weitgehende Uebereinstimmung der Bilder mit denjenigen eines Teiles der menschlichen zirrhotischen Lebern scheint diesen Befunden eine gewisse Bedeutung auch für die menschliche Pathologie zu verleihen. Der Infektionsgang scheint bei den Meerschweinchenlebern einheitlich derjenige über die Pfortader zu sein. Vielleicht stellt die Tuberkulose lediglich eine aus einer Reihe von Noxen dar, welche in übereinstimmender Einwirkungsweise auf dem Pfordaterwege kongruente Zirrhosebilder hervorrufen. Vielleicht sind wir dann dabei gar nicht berechtigt, von einer Erkrankung an Zirrhose zu sprechen; die Zirrhose dürfte in derartigen Fällen vielmehr als ein Ausheilungsvorgang aufzufassen sein. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 28, 1907.)

7. Im Anschluß an den eben referierten Aufsatz Stoercks bespricht Jagič

das klinische Bild und den Verlauf der menschlichen tuberkulösen Leberzirrhose. Im Krankheitsbilde dominieren die Symptome der Tuberkulose; direkte Anzeichen einer Lebererkrankung fehlen. Letztere verläuft latent; die Krankheit läuft meist unter dem Bilde einer Peritonealtuberkulose ab. Die Erkennung der physikalischen Veränderungen der Leber stößt wegen der meist vorhandenen peritonealen Verwachsungen und des Aszites auf Schwierigkeiten. In Fällen, wo eine Zirrhose im Verlauf einer chronischen Tuberkulose festgestellt werden kann, vermissen wir die Symptome, die der Alkoholzirrhose zukommen, speziell die komplizierende Cholangitis, die sich durch Anfälle von Schmerzen in der Lebergegend und Ikterus dokumentiert. Die Krankengeschichte eines Falles beginnender tuberkulöser Leberzirrhose bestätigt das Gesagte. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 28, 1907.)

Physikalische Therapie.

Ischias.

1. **Ueber Ischiasbehandlung.** Von Dr. W. Respinger. Ref. Fritz Loeb, München.
2. **Ueber ein bisher unbekanntes pathognomonisches Symptom der Ischias.** Von S. Gara. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

I. Anwendungsformen der Hydro- und Thermotherapie bei der Ischiasbehandlung:

1. Dauernde Wärmeapplikationen; sie sind namentlich in den ersten sehr schmerzhaften Stadien und bei Bettruhe anzuwenden. Hiezu gehören die verschiedenen Formen der Umschläge, welche entweder kalt oder warm oder heiß, impermeabel oder permeabel verbunden anzulegen sind, je nachdem es der Patient am wohltätigsten empfindet. Zu den lokalen feuchtwarmen Applikationen gehören auch die Kataplasmen und der Fango. Als trockene Wärmeapplikationen dienen die einfachen Einpackungen mit schlecht wärmeleitendem Material, dann die verschiedenen Wärmeapparate vom heißen Sandsacke und der Wärmflasche der japanischen Wärmedosen bis zu den komplizierten Einrichtungen, deren Eigenwärme durch zirkulierendes warmes Wasser, Wärmegemische (Thermophor), elektrische Glühlampen oder Widerstände unterhalten wird. Strahlende Wärme findet in Form der lokalen Glühlichtbäder sowie der Bestrahlungen mit Bogenlichtscheinwerfern Verwendung.

2. Duschen: Bei diesen spielt eine mehr oder weniger starke mechanische Einwirkung mit. Bei der einfachen warmen Dusche findet die schmerzstillende erschlaffende Wirkung des warmen Wassers wieder ihre Verwendung. Bei der unter ziemlich hohem Drucke zu applizierenden Wechseldusche, bei der die Temperatur rasch von zirka 12 bis zirka 45° gewechselt wird, tritt die hyperämisierende Wirkung in den Vordergrund; dies noch mehr bei der sogenannten schottischen Dusche (Winternitz, Brieger), bei welcher zwischen Dampfstrahl von zirka 50° und kaltem Strahl oder Fächer gewechselt wird. Erstere eignet sich besser für spätere, letztere schon für frühere Stadien der Krankheit. Bei der Heißluftdusche gibt die sehr starke hyperämisierende Wirkung der hohen Temperatur den Ausschlag. Auch sie eignet sich wegen des Fehlens von jedem mechanischen Reize vorzüglich zur Verwendung bei noch starkem Reizzustande.

3. Bäder: Bei diesen ist wieder die Wärmewirkung die Hauptsache.

4. Allgemeine Schwitzprozeduren: Als solche finden die trockenen und feuchten Ganzeinpackungen, dann besonders die verschiedenen Heißluftbäder Verwendung. Zu diesen gehört auch das Lichtbad, dessen Vorteile namentlich in Sauberkeit, leichter Regulierbarkeit, unbehinderter Verdunstung und dadurch ermöglichter Anwendung ziemlich hoher Temperaturgrade ohne Schädigung der Haut bestehen. Nach jeder Schwitzprozedur soll, sofern der Patient nicht direkt ins Bett kommt, eine Abkühlung folgen.

Zur Mechanotherapie in negativem Sinne gehören die von einigen Autorem empfohlenen fixierenden Ver-

bände. Dieselben sind jedenfalls nur im ersten sehr schmerzhaften Stadium der Krankheit anzuwenden. Die eigentliche Bewegungstherapie besteht namentlich in der als Nervendehnung bezeichneten Bewegung, welche mit Vorteil neben anderen Bewegungen im warmen Bade ausgeführt wird, zuerst passiv, dann, sobald die Schmerzen es zulassen, auch aktiv. Die Bewegungsbäder sind womöglich schon in frühen Stadien anzuwenden.

Die Massage besteht am Anfange nur in Vibration der Schmerzpunkte und leichten Streichungen der Muskulatur. Kräftige Streichungen, Knetungen und Klopfungen etc. sollen erst angewandt werden, wenn die Schmerzen nachgelassen haben; sie sind dann auch für die Kräftigung der etwa atrophischen Muskulatur von hohem Werte.

Bei der Elektrotherapie spielt die sedativ wirkende Anodengalvanisation die Hauptrolle. Es werden dabei entweder die Schmerzpunkte stabil oder der ganze Nerv labil mit der Anode behandelt oder der Strom in absteigender Richtung durch eine Strecke des Nerven geleitet. Es ist auf möglichste Stabilität des Stromes zu achten. Die verwendete Stromstärke schwankt zwischen drei und fünf MA. je nach der Größe der Elektroden. Für die Anwendung sehr starker Ströme eignet sich besonders das elektrische Vierzellenbad, bei welchem die ganze, dem betreffenden Unterschenkel anliegende Wasserfläche die Elektrode repräsentiert. Der faradische Strom findet entweder als ermüdende Faradisation (starke schwellende Ströme, feuchte Elektroden) oder als ableitende, d. h. hyperämisierende Prozedur (Metallpinsel) Verwendung. In späteren Stadien dienen beide Stromarten zur Belebung der atrophischen Muskulatur.

Bei der Kombination der verschiedenen physikalisch - therapeutischen Anwendungsformen zu einer Kur ist strenges Individualisieren notwendig. Sehr oft ist man wegen schlechter Reaktion des Patienten auf irgend eine Behandlungsform zum Wechseln gezwungen. Bei der Mehrheit der Fälle wird man aber mit folgenden Prozeduren auskommen: Im ersten und schmerzhaftesten Stadium: Bettruhe, Umschläge, Kataplasmen oder trockene Wärmeapplikationen; baldmöglichst Bewegungsbäder und leichte Massage; nach Abnahme des stärksten Reizzustandes: Schottische Dusche oder Heißluftdusche, Elektrotherapie (sedativ), etwas kräftigere Massage und Bewegungstherapie, daneben auch noch etwa lokale Wärmeapplikationen, Fango, Schwitzprozeduren etc.; im letzten Stadium: Wecheldusche̲n, erregende Elektrotherapie, kräftige Massage etc. — (Korresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 11, 1907.)

2. Entsprechend den häufig als Initialsymptom der Ischias vorhandenen Kreuzschmerzen glaubt Gara in einer hochgradigen Druckempfindlichkeit des letzten Lendenwirbeldorns ein sicheres objektives Zeichen der Ischias gefunden zu haben. Das Symptom ist auch ein Beweis dafür, daß es sich bei der Ischias um eine Wurzelerkrankung handelt. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 23, 1907.)

Beobachtungen über die Wirkung hydriatischer Prozeduren bei masernkranken Kindern. Von Adolf A. Hecht. Ref. Fromm, München.

Nach einer gedrängten Literaturübersicht kommt Vf. zu den Ergebnissen seiner Versuche. Die Prozeduren bestanden in Abreibungen und Packungen, ferner in kalten (20° C.) und abgekühlten (25 bis 28° C.) Bädern. Der größte antipyrethische Effekt wurde bei jüngeren und schlechtgenährten Kindern erzielt. Die Wirkung kalter Bäder wird durch Frottieren erhöht, sie ist unabhängig von der Fieberhöhe und der Tagesspannung der Fieberbewegung. Die Temperatur sinkt nach dem Bad annähernd in gleicher Weise ab, wie in demselben und hat eine Viertel Stunde nachher meist ihren tiefsten Punkt ereicht.

An üblen Zufällen wurde bei zwei recht elenden Kindern der Eintritt von Kollapstemperaturen und bei zwei anderen Kindern Diarrhoen beobachtet.

Die Respiration sank ziemlich konstant ab.

Für den Praktiker hat die Arbeit einen sehr problematischen Wert, da jegliche

Angaben über den klinischen Verlauf und die Indikationsstellung fehlen. — (Jahrb. f. Kinderhk. Bd. 65, Erg.-H.)

Chirurgie.

Mastdarm.

1. **Ueber die perineale Methode zur Exstirpation der Karzinome des Anus und des Rektums.** Von X. Delore und A. Chalier, Lyon. Ref. A. Haas, München.
2. **Brucheinklemmung und Mastdarm-Karzinom.** Von L. Verdelet und H. Griewank. Ref. A. Haas, München.
3. **Winke für die Nachbehandlung der wegen Rektumkarzinom sakral Operierten.** Von Prof. Dr. J. Hochenegg. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. Auf Grund von 19 Fällen, die an der Abteilung von Poncet in Lyon nach der perinealen Methode operiert wurden, befürworten Delore und Chalier dieses Vorgehen für die Operation des Mastdarmkrebses. Sie weisen mit Recht darauf hin, wie ausgedehnte Operationen man mit der rein perinealen Methode, die den Vorzug großer Einfachheit hat, ausführen kann, wenn man die Modifikation der Methode anwendet, wie sie von Kocher, Quénu und Hartmann empfohlen worden, also insbesondere die Exstirpation des Steißbeins. Auch Karzinome, die schon an der Grenze von Rektum und Flexur sitzen, lassen sich noch auf diesem Wege angreifen. Bei den 19 Fällen der Vf. war die Neubildung zweimal auf den Anus beschränkt, sechsmal hatte sie diffus Anus und Rektum befallen, siebenmal war sie an der Ampulle lokalisiert, viermal saß sie oberhalb der Ampulle.

Bei zwei Fällen konnte man sich auf die Exstirpation der noch ganz zirkumscripten Neubildung beschränken, ohne daß eine Amputation oder Resektion nötig war. Diese zeigen evident den Wert der Frühdiagnose für die Therapie, die hier in einem ganz geringen Eingriff bestehen konnte. Man kann aber nur dann eine Frühdiagnose stellen, wenn man es sich zum Prinzip macht, bei jedem nur etwas verdächtigen Falle die Digitaluntersuchung des Mastdarms vorzunehmen. Findet man Hämorrhoidalknoten, so muß man wissen, daß auch diese als Symptome eines mehr weniger hoch sitzenden Neoplasmas auftreten, ja daß sie selbst maligne degenerieren können.

An der Klinik Poncet wird der perineale Weg zur Exstirpation der Mastdarmkarzinome als typisch ausgebildete Methode benützt. Auf die Erhaltung des M. sphincter ani wird kein großer Wert gelegt, da sich auch nach seiner Entfernung eine relative Kontinenz herstellt, Bis zu 25 cm Länge Dickdarms ließen sich von unten her entfernen; bei höher sitzenden Karzinomen muß natürlich der Douglas eröffnet werden.

Die an der Klinik Poncet geübte Technik ist kurz folgende: Der Patient muß mehrere Tage vor der Operation abführen, erhält leichte Diät (hauptsächlich Milch) und Antiseptica (Salol, Naphtol) innerlich, am Vorabend der Operation ein Lavement. Ein provisorischer Anus praeternaturalis wird im allgemeinen nicht angelegt. Bestehen große jauchende Tumoren, so werden sie zwei oder drei Tage vor der Operation exkochleiert und kanterisiert. — Bei der Operation selbst liegt der Patient mit stark in der Hüfte flektierten Oberschenkeln in Steinschnittlage, so daß der Anus fast direkt aufwärts sieht. Die Blase wird nach exaktester Desinfektion der ganzen Gegend enleert, dann der Anus durch eine Tabaksbeutelnaht völlig geschlossen. Dann wird der Anus ovulär umschnitten, mit hinterem Rapheschnitt bis zur Basis des Steißbeins und mit vorderem in der ano-bulbären, bezw. ano-vulvären Rhaphe. Die Fossae ischiorectales werden so breit eröffnet, und der perineale Teil des Rektums allseitig ausgelöst. Die seitlich herantretenden Fasern des Levatorani werden nach Abklemmung durchschnitten, dann das Steißbein aus einer Basis reseziert und die Hinterflache des Rektum mit pararektalem Gewebe und Drüsen vom Sakrum abgelöst, möglichst stumpf, nur mit dem Finger. Dieser Akt der Operation geht meist nicht ganz ohne Blutung ab. Dann folgt die Isolierung des Rek-

tums an seiner vordern Flächer, sind beim Manne Prostata und Samenblasen befallen, so kann man nach Quéun und Hartmann diese Teile resezieren, bezw. exstirpieren, bei der Frau können partielle Resektionen der Vagina nötig werden. Hierauf wird das Peritoneum eröffnet, das Rektum nach Möglichkeit herabgezogen, der Schlitz dann wieder geschlossen und dann die Myrrhaphie des M. levat. ani nach vorne und hinten vom Rektum ausgeführt. Dann wird im Gesunden amputiert und möglichst an Stelle des frühern Anus der Darm mittels 4—5 Katgut und 1—2 Silberdratnähten festgenäht; vor und hinter der Nahtstelle wird ordentlich mit Jodoformgaze tamponiert, in den Darm ein Gummirohr eingeführt. Die der Operation folgenden 8—10 Tage erhält der Operierte 0·06—0·1 Ext. Opii.

Die Mortalität der Operation ist 10·5% gegenüber zirka 40% bei der abdomino-perinealen, bezw. vaginalen Methode. Auch die Dauerresultate sind sicher nicht schlechter als bei den eingreifenden Methoden. — (Revue d. Chir. Nr. 5, 1907).

2. Verdelet und Griewank berichten über zwei Fällen von Inkarzeration jahrelang bestehender freier und stets reponibel gewesener Leistenhernien unter langsam zunehmenden Symptomen ohne typischen Inkarzerationsshok. Bei beiden Fällen wurde die Einklemmung operativ behoben, aber als die Kranken nach einigen Monaten wieder untersucht wurden, fand man ein bereits inoperabel gewordenes Mastdarmkarzinom. Auf Grund ihrer Beobachtungen und einiger in der Literatur niedergelegter Fälle kommen die Vf. zu der Vermutung, daß es sich in diesen Fällen um einen Mechanismus der Einklemmung handelt, welcher der Theorie von Losson entsprechen würde, nur daß in diesen Fällen der mehr und mehr ausgedehnte distale Teil der Schlinge eine Kompression des proximalen Teils bedingen würde. Für dieses Zustandekommen spricht der langsame Beginn, die allmähliche Zunahme der Symptome. Gewöhnlich können die Kranken in den ersten Tagen noch arbeiten.

Für den Chirurgen ergibt sich aus diesen Fällen die Notwendigkeit, wenn er bei einem ältern, vielleicht etwas abgemagerten Individuum eine eingeklemmte Hernie findet, die Einklemmungserscheinungen bei dem bisher freien Bruch sich langsam entwickelten, stets an eine derartige Koinzidenz zu denken und den Verdauungstraktus insbesondere den Mastdarm, auf das Bestehen eines Neoplasmas zu untersuchen. Die Wichtigkeit eines solchen Befundes für die Prognose liegt auf der Hand. — (Annales de Chirurgie et d'Orthopädie, Bd. 20, Nr. 2, 1907.)

3. Sakral operierte Patienten sind in Seitenlage, nicht in Rückenlage nachzubehandeln. Es muß stets darauf geachtet werden, daß das Becken tiefer steht als Bauch und Rumpf. Die Patienten dürfen niemals in erhöhte Beckenlage gebracht werden

a) bei venösen Nachblutungen, bei welchen Vf. zu wiederholtenmalen die Schieflagerung des Bettes (Erhöhung des Fußendes) sehr gute Dienste leistete und

b) bei Prolaps von Därmen gegen die Wundhöhle durch den rupturierten Peritonealsschlitz entsprechend dem bei der Operation eröffneten Douglas. In jedem Falle, wo die Harnentleerung in den ersten zwölf Stunden nicht erfolgte, ist unter den bekannten Kautelen zu katheterisieren. Nachdem Stuhl ausgetreten ist, ist die Wundhöhle sofort breit zu eröffnen und breit offen zu erhalten. Man soll den Stuhl durch Gaben von Opiumtinktur möglichst lange hinhalten: und für die Fälle, wo bei der Resektion die Naht in der Wunde gemacht wurde, sind Klistiere zu geben und vom sechsten Tage ab durch milde Abführmittel für Entleerung zu sorgen. Für die Nachbehandlung der Wunde ist Jodoform unentbehrlich, bei Entzündungen verbindet Vf. mit in essigsaurer Tonerdelösung getränkter Gaze, gibt Abführmittel und läßt die Wunde täglich mehrmals vorsichtig abspülen und verbinden. Um eine exzessive Schmerzhaftigkeit der Gesäßbacken zu verhüten, ist schonendes Verbinden mit möglichster Vermeidung von Berührung der Gesäßbacken zu

empfehlen. Der Operation hat eine gründliche Entleerungskur zu folgen, da nach derselben die Patienten wieder zu Appetit kommen und meistens rapid an Körpergewicht zunehmen und wieder Lebensmut und Lebensfreude gewinnen. (Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg., Bd. 85.)

Tumoren.

1. **Trypsin zur Karzinombehandlung.** Von William J. Morton, New-York. Ref. G. Wiener, München.
2. **Ueber die therapeutische Verwendung des Trypsin (Pankreatin) beim Karzinom.** Von E. v. Leyden und P. Bergell. Ref. F. Perutz, München.
3. **Unerwartete Heilerfolge bei inoperablem Uteruskarzinom.** Von Dr. Weindler, Dresden. Ref. G. Wiener, München.
4. **Ein Vorschlag zur Nachbehandlung der wegen Carcinoma mammae Operierten.** Von Dr. Karl Ewald. Ref. Max Jacoby.
5. **Heilungsergebnisse beim Lippenkrebs.** Von Dr. W. Armknecht, Worms. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
6. **Erfolgreiche Uebertragung eines Spindelzellensarkoms des Oberarms beim Hunde.** Von Dr. Anton Sticker. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
7. **Die Ursache der Krebs- und Sarkomwucherung beim Menschen.** Von Prof. Dr. Max Schüller. Ref. Max Jacoby.
8. **Das Chlorom.** Von Erich Benjamin und Erich Sluka, Wien. Ref. Eugen Binswanger, München.

1. Morton hat nach der Theorie des Professor Beards, an der Universität von Edinburg, eine Reihe von Versuchen vorgenommen. Dieselben bestanden in der konsequenten Anwendung von Trypsin in 30 Fällen; gleichzeitig wurden Versuche mit X-Strahlen, Radium und Fluoreszenz gemacht. Als hervorragende Tatsache muß konstatiert werden, daß karzinomatöse Tumoren sehr oft eine ganz bestimmte Reaktion bei Trypsinbehandluug aufweisen, welche in einigen Fällen von einer ganz bedeutenden Besserung begleitet war. Die meisten behandelten Fälle waren inoperabel, was zu dem Schluß berechtigt, daß noch mehr Kranke geheilt worden wären, wenn sie früher zur Behandlung gekommen wären. Zwei Fälle von ausgebreitetem Gesichtskrebs sind bis heute geheilt, ein Fall von Brustkrebs atrophierte, bei mehreren anderen trat Wachstumsstillstand ein. Der mikroskopische Befund des einen Falles ergab, daß Atrophie und degenerative Veränderungen eingetreten waren, wie sie sonst nur nach operativen Eingriffen zu konstatieren sind. Die Trypsininjektionen werden in verschiedenen Stärken und verschiedenen Zwischenräumen angewendet. Morton beginnt mit 5 und steigt bis 20 Minims. Wo große Toleranz besteht, kann die Dosis verstärkt werden. Dagegen kommen manchmal auch schwere Reaktionsfälle vor, die nicht immer einen harmlosen Charakter haben. Temperatursteigerung, Erbrechen, Rückenschmerz, Schläfrigkeit, auch Schüttelfrost und Fieber wurden beobachtet. Doch sind dies die Ausnahmen; die Reaktion muß übrigens als ein günstiges Zeichen betrachtet werden, da sie auf eine Resorption des durch das Trypsin angegriffenen Karzinoms schließen läßt. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 17, 1907.)

2. Die Tatsache, daß das proteolytische Ferment des Trypsin und Papaiotin im Gegensatz zum Pepsin das Karzinomeiweiß rasch verdaut, hat durch Beard und Morton zur Empfehlung dieser Fermente bei der Karzinombehandlung geführt.

Nachprüfungen ergaben, daß sich durch Injektion steriler Fermentlösungen, die schwer herzustellen sind, wohl zirkumskripte Zellauflösungen, aber keine Heilerfolge erzielen ließen.

Auch bei der internen Darreichung (bis 20 g pro Tag) wurde ein entscheidender Einfluß nicht konstatiert. Nur bei nicht zu vorgeschrittenen metastasenfreien Magenkarziomen wurde eine günstige Einwirkung wahrgenommen. Leyden und Bergell kommen somit zu dem Schluß, daß „es sich hiebei für die nächste Zeit nur um ein Problem der kurativen Beeinflussung des Karzinoms handelt, aber noch nicht eine definitive Behandlungsmethode proklamiert werden kann.“ — (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 61, Nr. 3 u. 4.)

3. Czerny berichtet auf der Konfe-

renz für Krebsforschung zu Heidelberg von einer 47jährigen Patientin, bei der ein unzweifelhaft maligner Tumor durch Auskratzung, Thermokauterisation und Ausstopfung von 30%iger Chlorzinkgaze geheilt wurde, so daß sie nach fünf Jahren und drei Monaten noch rezidivfrei war. Weindler beschreibt, daran anschließend, drei weitere Fälle, bei denen durch das gleiche Verfahren bei inoperablem Karzinom Besserung erzielt wurde. Statt Einführung von Chlorzinkgaze wurde hier mit konzentrierter Karbolsäure geätzt. Er kommt dabei zu dem Schlusse, daß abgemagerte Individuen im Gegensatze zu kräftigen viel seltener rezidivieren und daß sich die Krankheit umso ungünstiger gestaltet, je mehr der Boden, auf welchem sich dieselbe entwickelt, von Lymphspalten und -Lücken durchzogen ist. Die Ausschabung und besonders die Glühhitze der Thermokauterisation vermag auf weite Entfernung die Geschwulstkeime unschädlich zu machen. Ganz ungünstig für die Rückbildung seien die infiltrierten Formen des Karzinoms. Die Ausbrennung sollte jedenfalls wiederholt werden, da sich dadurch später noch die Chance einer Totalexstirpation bieten könne. Einen solchen Fall operierte Weindler im Herbst 1904. — (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 22, 1907.)

4. Ewald legt dem Arme der operierten Seite einen Zugverband aus Heftpflaster an oder hält ihn an einer eigens hiezu eingerichteten Schwebevorrichtung hoch. Bei diesem Vorgehen wird in die Hand ein Holzstab gelegt und durch Einwicklung der Faust verhindert, daß er ausgelassen wird. Ob man den Arm in letzterer Weise oder mit dem Heftpflasterzugverbande hebt, immer braucht man noch einen Bindenzügel, der über dem Ellbogen angreift. Es wird die Operierte gleich nach der Operation im Bette gelagert und bleibt in dieser Lage 3—4 Tage. Von da an läßt man den Arm von Zeit zu Zeit herunter, legt ihn, wenn die Frau das Bett verläßt, in die Mitella, hebt ihn aber wieder hoch, wenn die Frau das Bett aufsucht. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 14, 1907.)

5. Die bisher veröffentlichten Statistiken über Lippenkrebsextirpationen ergeben von mehr als 3jähriger Dauer Heilung in 40—66⅔% der Fälle, wobei zu betonen ist, daß in keiner dieser Kliniken die prinzipielle Ausräumung der Drüsen auf beiden Seiten des Halses in jedem Falle vorgenommen worden ist. Die Anhänger der radikalen Methode, d. h. mit Drüsenausräumung, haben 70·45—84·6% Heilung zu verzeichnen. Das Material von Armknecht, das die von Heidenhain operierten Fälle zusammenfaßt, besteht aus 27 Unterlippen- und 1 Oberlippenkrebs. Operative Todesfälle sind nicht zu verzeichnen. Für die Statistik sind 25 Fälle verwandt. 6 Fälle wurden ohne Drüsenausräumung operiert; bei diesen trat in 66⅔% Heilung ein. Von den 19 radikal Operierten trat in 1 Falle Rezidiv 7 Monate nach der Operation ein, die übrigen 18 Fälle blieben rezidivfrei = 94·7% Heilung. Bei der Operation geht die Drüsenextirpation der Beseitigung des Karzinoms voran. Es werden stets die Drüsen der Submentalgegegend, bei den Submaxillargruben und beider Hohlseiten entlang der großen Gefäße nach aufwärts bis unter den Prozessus mastoideus, nach abwärts bis zur Supraklavikulargrube ausgeräumt und zwar im anatomischen Zusammenhange mit dem umgebenden Fettgewebe und den verbindenden Lymphbahnen. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 86.)

6. Sticker ist es gelungen, ein Spindelzellensarkom des Oberarms von Hund auf Hund zu übertragen und damit die Zahl der beim Hunde transplantablen malignen Tumoren um eine neue Art zu vermehren. Er hat nachgewiesen, daß das Wachstum aller malignen Tumoren aus sich heraus von wenigen Zellen ohne Umwandlung des Nachbargewebes stattfindet. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 33, 1907.)

7. Schüller hat bei seinen Untersuchungen an Karzinom- und Sarkomschnitten von Menschen, aber ebenso auch bei den mit Karzinomkulturen infizierten Tieren, eine multiple, schließlich geradezu massenhafte Abschnürung der



Gewebskerne unter Einwirkung eindringender kleinster Parasiten direkt festgestellt. Er nennt sie nach Schaudinns Vorgang aus der schizontischen Teilungsvermehrung Merozoiten, aus der geschlechtlicheu Vermehrung Sporozoiten. Das Resultat ist eine enorm rasche Wucherung der Gewebskerne respektive Zellen unter dem Reize der sich vermehrenden jungen Parasiten. Diese Verhältnisse lassen sich bei allen Karzinomen und Sarkomen nicht nur im primären Tumor, sondern ebenso in den Metastasen und Drüsengsschwülsten bis in die feinsten Details verfolgen. Schüller glaubt die Abhängigkeit der Karzinom- und Sarkomentwicklung und Wucherung beim Menschen von der Einwirkung der von ihm gefundenen Parasiten, als absolut sichergestellt ansehen zu müssen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9, 1907.)

8. Die Ausführungen von Benjamin und Sluka über das Chlorom dürfen mit Recht als Monographie im besten Sinne des Wortes aufgefaßt werden, denn sie bieten uns eine lückenlose Uebersicht über alle Publikationen, die sich bisher mit dieser seltenen Geschwulstbildung befaßt haben, und geben eine sehr mühevolle, aber ebenso dankenswerte tabellarische Uebersicht über die gesamte einschlägige Kasuistik. Dabei ergibt sich die interessante Tatsache, daß mehr als die Hälfte aller beschriebenen Fälle das Kindesalter betreffen. Dieser Umstand dürfte wohl geeignet sein, die Aufmerksamkeit der Pädiater mehr als bisher auf diese seltene Tumorbildung zu lenken.

Den Ausführungen von Benjamin und Sluka zufolge, stellt sich das Chlorom als eine Geschwulstbildung meist aus lymphoiden, seltener aus myeloiden Elementen dar, welche mit Vorliebe vom Periost der platten Knochen (Orbita, Schläfe, harter Gaumen) ausgeht und so ein charakteristisches Aussehen des Kranken erzeugt. Das Blutbild zeigt dabei den Befund der akuten Leukämie, meist der lymphatischen, selten (seither in vier Fällen) der myeloiden. Dieser Zusammenhang des Chloroms mit der akuten Leukämie hat Benjamin und Sluka dazu geführt, eine therapeutische Röntgen-Bestrahlung des Chloroms auszuführen, ein Versuch, der bisher von keiner Seite gemacht wurde. Dabei wurde ein rapides Zurückgehen der Tumoren, aber leider nur von vorübergehender Dauer beobachtet. Benjamin und Sluka sprechen die Ansicht aus, daß sich durch Röntgen-Bestrahlung weniger akut verlaufender Fälle der letale Ausgang, wenn auch nicht verhindern, so doch verzögern ließe.

Ueber die höchst eigenartige Grünfärbung dieser Tumorart, welcher sie auch den Namen verdankt, und die bei erstmaligem Anblick sehr merkwürdig erscheint, geben Benjamin und Sluka einen Erklärungsversuch (vgl. Original), in dem wir eine befriedigende Lösung dieses Phänomens ebensowenig erblicken können, wie wohl die Autoren selbst. — (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 65, Erg.-H.)

Laryngologie und Rhinologie.

Die Behandlung der akuten nasalen Sinusitis. Von Dr. Somers, Philadelphia. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Vf. ließ von einer näheren Besprechung operativer Methoden ganz ab. Bei der akuten Entzündung bespricht er die Allgemeinhehandlung, die in den frühesten Stadien sich nicht von der Koryzabehandlung unterscheidet. Speziell bei Stirnhöhlenentzündung seien Doversche Pulver von Vorteil in täglich mehrmaligen kleinen Dosen; bei heftiger Schwellung und starker nasaler Sekretion wendet Vf. Atropin in kleinen Mengen an (0·00012 dreistündlich). Gegen die Schmerzen kann Antipyrin, Phenazetin etc. nützlich sein, nicht aber Opium und seine Derivate. Das Wichtigste ist jedoch Reduktion der Schwellung zwecks Freihaltung der Nachbarschaft der Ausführungsgänge der Höhlen durch Adrenalin und Kokaïn. Zur Entfernung der Sekrete empfiehlt Vf. Spray mittels 2%iger Lösung von doppelkohlensaurem Natron mit nachfolgender Tamponade von 4 bis 5 Minuten Dauer mittels in 4%ige Kokainlösung getauchter Watte um die Muscheln zur Kontraktion zu bringen; hierauf sollte

ein Wattebausch mit Adrenalinlösung 1 : 200, später ein solcher mit 8 oder 10%iger Kokaïnlösung unter die mittlere Muschel und zwar 1 bis 2 cm hinter das vordere Ende derselben eingelegt werden; diese Behandlung dient auch für diagnostische Zwecke. Solange als die Höhlenöffnungen nicht verlegt sind, wird eine Besserung schon erreicht, wenn der Patient die Nasenhöhle täglich mehrmals mit der obigen alkalischen Lösung auswäscht und in die affizierte Seite einige Tropfen einer Lösung von Adrenalin 1 : 10.000 bringt.

Wohltätig wirkt bei beträchtlicher intranasaler Entzündung unter Umständen auch ein- bis zweimal täglich 2%ige Ichthyolsalbe oder ½% Menthol in Lanolin in die Nase einzustreichen, Beim schweren Stirnhöhlenkatarrh ist eine dreistündliche Spray von Adrenalin 1 : 8000 sehr wirksam, dabei häufige Nasenduschen mit heißer Normalsalzlösung und heiße feuchte Umschläge über die Nasenwurzel angenehm, während in anderen Fällen Eiskompressen besser ertragen werden. 4%ige Kokaïnlösnng auf Watte an das Infundibulium kann hier ebenfalls von gutem Erfolg sein.

Bei katarrhalischer Entzündung der Keilbeinhöhle für die eine Trigeminus-Neuralgie das einzige subjektive Zeichen sein kann, soll die oben erwähnte Salzlösung und schwache Adrenalinlösung in Anwendung kommen und nach Reinigung der Teile vom Schleim ein kleiner Wattetampon, befeuchtet mit 10%iger Kokaïnlösung ober und hinter der mittleren Muschel in Kontakt mit der Sinusöffnung gebracht werden. Dies erleichtere oft sofort und reduziere die Schwellung, so daß dann mit dem Adrenalinspray die Kongestion zurückgedämmt werden könne.(Merks Archives Nr. 5, Mai 1907).

Zur Nasentamponade. Von Dr. Häuselmann, Biel. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

In der Monatsschrift für Ohrenheilkunde sind in der letzten Zeit mehrere Artikel erschienen über Nasentamponade. Vf. will da auch als Gegner der Nasentamponade das Wort haben. Er betrachtet die Nasentamponade bei Epistaxis sowohl wie nach vorgenommenen Operationen in der Nase als einen durchaus schädlichen Eingriff, der gegenwärtig sehr leicht und ohne jeglichen Schaden mit der Applikation von 3%igem Wasserstoffsuperoxyd (1 Teil Perhydrol Merck und 9 Teile Wasser) sicher umgangen werden kann. Das Grundprinzip jeder Nasentherapie besteht darin, daß dafür gesorgt wird, daß die Nase erstens für die Luft frei durchgängig ist und zweitens, daß die mit ihr in Verbindung stehenden Hohlräume freien Abfluß haben. Diesen Grundprinzipien widerspricht jede Nasentamponade um so schärfer, je minutiöser sie durchgeführt ist. Es ist also, vom rein theoretischen Standpunkte aus betrachtet, jede Nasentamponade als schädlich zu bezeichnen. Dazu kommen aber noch rein praktische Punkte, nämlich daß die Tamponade und die Erneuerung derselben mehr Schmerzen und Unwohlsein verursacht, als die Operation selbst. Wenn ferner eine Nebenhöhleneiterung vorhanden ist, so ist es gar nicht ausgeschlossen, daß durch Stauung der Eiter in eine höher gelegene Höhle fließen und eine solche infizieren kann. Vf. verwirft Adrenalin ebenso wie eine Tamponade, da eine rasch eintretende, auf nervöser Grundlage beruhende Verengerung der Gefäße ebenso schnell wieder aufgehoben werden kann. Eine sicher wirkende Thrombosierung ruft das Perhydrol hervor. Seit mehr wie einem halben Jahre hat Vf. keine Tamponade mehr vorgenommen. Nachblutungen konnten aber immer vom Patienten, dem Vf. jedesmal 30 g 3%iges Perhydrol mit nach Hause gab, gestillt werden. — (Monatsschr. f. Ohrenheilk., Okt. 1906; Sep.-Abdr.)

Nasentamponade bei Ozaena. Von Dr. R. Sondermann. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Eine aus Kondomgummi gefertigte Hülle wird vom Patienten in zusammengepreßtem Zustande in die Nasenöffnung geschoben und durch einen mit der Hülle verbundenen Schlauch vom Patienten selbst aufgeblasen. Sie legt sich der Wand des Naseninnern vollkommen an und reicht bis in den Nasenrachenraum.



Der Schlauch trägt einen Absperrhahn, wodurch die Hülle, einmal aufgeblasen, ihre Form beibehält. Nach 5—10 Minuten öffnet man den Hahn, worauf die Hülle zusammensinkt und leicht herauszuziehen ist. Die am Gummi festhaftenden Borken lösen sich von der Hülle, die auf 12—24 Stunden in ein Wassergefäß gelegt wird, in letzterem ab. In den ersten acht Tagen zweimalige, später einmalige Anwendung. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 49, 1906.)

Zur Verwendung der Nebennierenpräparate bei den Erkrankungen des Nasenrachenraumes. Von Dr. Karl Theimer. Ref. Max Jakoby, Mannheim.

Das Renoformpulver besteht aus 0·10 g Renoform sicc. zu 5 g eines indifferenten Pulvers, das Accid. boric. subtil. pulver. und Sacch. lactis āā enthält. Die Renoformlösung wird in der Stärke 1 : 1000 in den Handel gebracht, ohne Zusatz von Chloretan. Die Renoformwatte enthält in 100 Teilen steriler Watte 2 Teile Renoform. Die Ampullen mit Renoform-Kokainlösung sind für Injektionen bestimmt (0·003% Renoform und 1% Kokain). Vf. glaubt im Renoformschnupfpulver ein Mittel zu besitzen, das sowohl in der Hand des Arztes, wie in der Hand des Patienten von Erfolg begleitet ist. Es ist als diagnostisches und als therapeutisches Hilfsmittel wertvoll, und es bedeutet eine brauchbare Ergänzung unseres Heilmittelschatzes. — (Med. Klinik Nr. 7, 1907).

Ohrenheilkunde.

Erfahrungen über die Verwendbarkeit des Alypins in der Ohrenheilkunde. Von K. Bürkner, Göttingen. Ref. Eugen Binswanger, München.

Vf. hat das Alypin (hergestellt von Bayer, Elberfeld) während der letzten zwei Jahre in der Göttinger Poliklinik für Ohrenkranke häufig angewandt und bestätigt auf Grund seiner Erfahrungen die günstige Beurteilung, welche dieses Präparat auf anderen Spezialgebieten erfahren hat, auch für seine Anwendung in der Ohrenheilkunde.

Er verwandte meist eine 5%ige wässerige, zuweilen auch eine 5%ige alkoholische Lösung, welche er einträufelte oder mit Hilfe eines Wattebausches einführte und 10—20 Minuten liegen ließ. Das Alypin ist nach Brückner ein vollwertiges Ersatzmittel des Kokains, soweit die Anästhesierung in Frage kommt, und hat vor demselben noch den Vorzug, das Aufkochen zu vertragen, weniger giftig zu sein und nicht ischämisch zu wirken. Letztere Wirkung kann im Bedarfsfalle durch einen Suprareninzusatz erzielt werden, wodurch die Schmerzstillung noch verstärkt wird. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14, 1907.)

Der therapeutische Wert des Fibrolysins bei Mittelohrerkrankungen. Von Dr. E. Urbantschitsch, Wien. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Vf. verbreitet sich in seiner Abhandlung des Genaueren über das letzte Kapitel seines früheren, in diesem Zentralblatt bereits referierten Artikels: Die Behandlung des chronischen Mittelohrkatarrhs. (Klin. therap. Wochenschr. Nr. 6, 1907.) Aus dem vorliegenden Artikel ist noch Folgendes zu erwähnen: Von dem Doppelsatz aus 1 Molekül Thiosinamin und ½ Molekül Natrium salicylic., das Mendel Fibrolysin nannte, sind als praktisch wichtig folgende physikalische Eigenschaften hervorzuheben: Seine Löslichkeit im Wasser und leichte Zersetzlichkeit durch Luft und Licht, weshalb es von der Firma E. Merk in Darmstadt, in sterilen, zugeschmolzenen, braunen Ampullen à 2·3 cm^3 (entsprechend 0·2 g Thiosinamin) in den Handel gebracht wird.

Die Anwendungsweise per os kommt nicht in Betracht, sondern nur die Injektion, und zwar aus praktischen Gründen für obige Zwecke, die subkutan am Arm, abwechselnd rechts und links, Oberschenkel und Rücken. Strenge Asepsis ist selbstverständlich; die Einstiche sind weit voneinander zu machen. Vf. nimmt im ganzen 20—30 Injektionen vor (wöchentlich 2—3 Injektionen). Maßstab ist Stillstand der Besserung. Vf. setzt die Einspritzungen aus, wenn nach

8—10 vollen Dosen sich keine Besserung zeigen sollte. Besonderes Augenmerk ist der Pflege von Spritze und Nadel nach jeder Injektion zuzuwenden.

Bei Zersetzung des Fibrolysin lagern sich seine Bestandteile als Kristalle am Stempel und in der Nadel ab, wodurch namentlich Spritzen mit eingeschliffenem Glas- oder Metallstempel gebrauchsunfähig werden können.

Nach jeder Injektion ist Nadel und Spritze mit Alkohol zu reinigen. Vf. läßt außerdem die Spritze bis zur nächsten Einspritzung mit absolutem Alkohol gefüllt. Sollte sich Nadel oder Spritze einmal verlegen, so hilft man mit heißem oder kochendem Wasser ab. Betreffs der Begleiterscheinungen, die nach Vf. häufiger als in der Literatur angegeben vorkommen, sei erwähnt: 1. Brennen in der Injektionsstelle; 2. gelblich-bläuliche Verfärbung der Hautzone um diese und 3. Knötchenbildung am Ort der Einspritzung bis zu Haselnußgröße, wahrscheinlich durch Auskristallisieren des Fibrolysins. Die Allgemeinerscheinungen sind in dem oben zitierten Artikel und Referate schon des näheren ausgeführt.

Auch günstige Nebenwirkungen, besonderes Gefühl von Freisein im Kopfe, Erhöhung der Lebensenergie, Appetitsteigerung, wurden verzeichnet.

Das eigentliche Feld für Fibrolysin ist der vorgeschrittene, trockene, chronische Mittelohrkatarrh, die Adhäsivprozesse in der Paukenhöhle und ferner die Sklerose in ihrem Anfangsstadium. Negativ fielen dem Vf. Versuche aus bei schwerer Sklerose (abgeschlossenen Ossifikationsprozessen) und bei Erkrankungen des inneren Ohres; allerdings ging Vf. in beiden Fällen nicht über 10 Injektionen hinaus. Einmal beobachtete er eine beträchtliche Besserung des Gehörs bei Fibrolysin-Anwendung nach abgelaufener Otitis med. purul. chron. Mitunter zweifellos günstigen Erfolg hat Fibrolysin bei subjektiven Gehörsempfindungen, so auch bezüglich Besserung des Ohrensausens bei bestehender Schwerhörigkeit. Kontraindiziert ist Fibrolysin wegen seiner Fähigkeit, Kongestionszustände zu erzeugen, bei älteren Leuten mit Arteriosklerose, desgleichen bei bestehender oder seit kurzem sistierter Otorrhöe, da diese hiedurch verstärkt oder von neuem angefacht werden kann.

Eine Kasuistik von 19 Fällen ist zum Schlusse näher ausgeführt. — (Monatsschr. f. Ohrenheilk., H. 2, 1907; Sond.-Abdr.)

Was berechtigt uns, auf Grund der funktionellen Hörprüfung Simulation, bezw. Uebertreibung als vorliegend anzunehmen? Wie verfahren wir am besten, um bei dem der Simulation, bezw. Uebertreibung Ueberführten einen Einblick in das wirklich vorhandene Gehör zu erlangen? Von Robert Dölger. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Nach Dölger sind wir berechtigt, Simulation, bezw. Uebertreibung als vorliegend anzunehmen:

1. Wenn der Untersuchte bei der Hörprüfung für Sprache wohl die entsprechende Lippenbewegung des Anlautes der vorgesprochenen Prüfungsworte macht, dieselben aber gar nicht oder nur zögernd ausspricht (Beobachtung der Lippen!);

2. wenn der Untersuchte bei wirklichem oder scheinbarem Verschluß des normalen Ohres in nächster Nähe des anderen Ohres forzierte Flüstersprache, oder Töne der Bezold-Edelmannschen Tonreihe von $C'' = 512$ Doppelschwingungen an nach oben angeblich nicht hört; diese Töne müssen nämlich von dem verschlossenen normalen Ohr unbedingt gehört werden;

3. wenn der Untersuchte bei einseitig normalem oder annähernd normalem Gehör die auf den Scheitel aufgesetzte Stimmgabel A, c′ oder a′ angeblich überhaupt nicht hört; die Knochenleitung fällt nämlich nur bei ganz oder fast absoluter doppelseitiger Taubheit weg;

4. wenn der Untersuchte diese Stimmgabeln beim Aufsetzen auf den Scheitel angeblich in das normale Ohr hört, bei wirklichem oder scheinbarem Verschluß aber überhaupt nicht mehr, oder wenn er die auf den Scheitel aufgesetzte Stimmgabel angeblich in beiden Ohren hört, bei Verschluß des einen Ohres angeblich im anderen, bei Verschluß beider Ohren



angeblich überhaupt nicht mehr. In Wirklichkeit müßte die Stimmgabel bei Verschluß des Ohres, auf dem sie zuerst gehört wurde, verstärkt gehört werden;

5. wenn der Untersuchte die unbelasteten Stimmgabeln a′ und c″ längere oder kürzere meßbare Zeit (mindestens 20% ihrer Hördauer nach stärkstem Anschlag) per Luftleitung auf einem Ohr bei gutem Verschluß des anderen Ohres hört, Flüstersprache oder bei eventueller doppelseitiger Schwerhörigkeit Umgangssprache auch aus nächster Nähe des Ohres angeblich nicht; bei genügendem Gehör für jene Töne ist auch genügendes Gehör für die Sprache vorhanden;

6. wenn bei öfterer Wiederholung der funktionellen Prüfung die Angaben des Untersuchten über perzipierte Tonstreken, Hördauer einzelner Töne und Hörweite für Sprache jedesmal wesentlich andere Ergebnisse zeitigen.

Schwieriger ist die Aufgabe, nach Entlarvung der Simulation den Umfang des wirklich vorhandenen Gehörs festzustellen. Wir werden umso eher zum Ziele gelangen, je mehr wir es verstehen, dem entlarvten Simulanten goldene Brücken zu bauen, z. B. ihn auf die gehörverbessernde Wirkung der Lufteintreibung aufmerksam machen. Oft sind erst durch große Geduld allmählich Zugeständnisse zu erlangen. Als wichtigstes Zugeständnis dürfen wir stets betrachten, wenn längere oder kürzere Perzeption der Stimmgabel a′ per Luftleitung zugestanden wird, weil dies (s. oben 5) einen Schluß auf das vorhandene Sprachgehör auf dem betreffenden Ohre zuläßt, sowie vor allem das Hören der Flüstersprache selbst (oder bei doppelseitiger Schwerhörigkeit auch der Umgangssprache). Ist dies erreicht, so wird man durch Hörprüfung bei verbundenen Augen allmählich zur Feststellung der wahren Hörschärfe gelangen, unter Vermeidung von gleichmäßigem Nähern und Entfernen, Untersuchung unter Flüstern mit abgewandtem Gesicht etc. Wichtig ist dabei die Beobachtung der Lippen. Zuweilen führt auch plötzliche Ueberraschung oder Ueberlistung bei angeblich doppelseitiger Taubheit zum Ziele („Der Hosenlatz steht offen“ oder „Sie können jetzt gehen“). Eventuell kommen bei notorischen hartnäckigen Simulanten Erhebungen in der Heimat in Betracht. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 31, 1907.)

Gynäkologie.

Blutungen.

1. Die Uterusblutungen bei Frauenleiden. Von Privatdozent Erwin Kehrer, Heidelberg. Ref. Fritz Loeb, München.

2. Ueber Zapfentampons. Von L. Prochovnick, Hamburg. Ref. G. Wiener, München.

3. Eine Tamponadenbüchse mit Spülvorrichtung. Von Dr. Scheren, Frankfurt a. M. Ref. G. Wiener, München.

1. Ein besonderes Kapitel dieser umfang- und gehaltreichen Arbeit ist der symptomatischen Behandlung der Uterusblutungen gewidmet, die oft an Stelle der Kausaltherapie zu treten hat. Sie geschieht: 1. Durch allgemeine beruhigende und kräftigende Maßregeln, durch Ruhe, Verbot von Alkohol und starkem Kaffee, durch Eisblase auf die Unterbauchgegend, heiße Bäder von 30 bis 31° R. oder durch kühle Bäder von 23 bis 24° R., kühle Moorbäder, kalte Ganzabreibungen, kalte Güsse auf die Füße zur Zeit der Blutung. Durch die heißen Vollbäder strömt das Blut von den Beckenorganen nach der ganzen Peripherie, erstere erfahren eine relative Anämie, diese eine Hyperämie, welche im warmen Bett längere Zeit anhält. Nur bei Frauen mit nervösen und besonders organischen Herzaffektionen erfordert das warme Bad Vorsicht. Der Eintritt von Badewasser in die Vagina Mehrgebärender läßt sich durch Schließen der Oberschenkel, Kopfkongestion durch Auflegen der Eisblase vermeiden. Chapmann, Ohlshausen, Czempin u. a. empfehlen Applikation von Wärme in der Kreuzgegend, sie kann durch heiße Sandkissen, Gummiwärmebeutel mit heißem Wasser und Thermophore erfolgen, auf welche Kranken gelagert werden. 2. Die lokalen Behandlungsmethoden bestehen in Gazetamponade der Vagina, Vagina und Zervix oder des ganzen Uterus, wobei besonders

auf zirkuläre Ausstopfung der Scheidengewölbe zur Kompression der Portio Wert zu legen ist, ferner in Scheidenirrigation mit wenigen Litern von 44 bis 50° C heißem Wasser nach Einfetten der äußeren Genitalien oder vermittels der Hasseschen oder einer Glas- oder Hartgummibirne. Die von manchen empfohlene zu reichliche oder langdauernde Spülung bringt aber den Uterus zur Erschlaffung und die Blutung wird nur stärker. Kurz dauernde Ausspülungen mit abgekochtem, dann in gut verschlossenem Gefäß in kaltem Wasser oder auf Eis abgekühltem Wasser bringen auch den Uterus zur Kontraktion, werden aber häufig nicht gut vertragen. Skarifikationen der Portio kurz vor den Menses bei Stauungszuständen im Uterus sind angeraten, aber kaum empfehlenswert. Vorsichtige Massage des Uterus, besonders der Fundusgegend, wirkt bei atonischen Blutungen oft prompt, darf aber bei Adnexschwellungen nicht ausgeführt werden.

Bei genügend weiter Zervix lokal mit der Braunschen Spritze (½ bis 1 cm ein- bis dreimal während der Menstruation) oder besser mit der watteumwickelten Playfairsonde oder bei intrauteriner Gazetamponade gebrauchte Hämostatika sind: Eisenchlorid, Ferropyrin (Knoll), eine Verbindung von Eisenchlorid mit Antipyrin, die in 15 bis 30% wässeriger Lösung oder als trockenes Pulver gebraucht wird und sich durch geringe Aetzwirkung, bei gleicher stiptischer Kraft vor dem Eisenchlorid auszeichnet — ferner Antipyrin-Salol āā, Styptol (Knoll), Stypticin (Merck), (auch als 30% Gaze in Dosen von 5 g), Jodtinktur und die mit Vorsicht zu gebrauchende 25%ige Chlorzinklösung. Auch Intrauterinspülungen mit dreiprozentiger Wasserstoffsuperoxydlösung (jeweils frische Herstellung aus einem Teil Perhydrol Merck mit neun Teilen abgekochtem Wasser) mit sterilisierter Tannin- oder Kaliumpermaganatlösung, mit Essig usw. wirken hämostyptisch. In letzter Zeit hat Kehrer häufig Suprarenin oder Adrenalin in der sehr verdünnten Lösung von 1 : 10.000 in die vorher peinlichst gereinigte Portio vaginalis mit der Pravazspritze oder mit dem Wattestäbchen intrauterin angewendet, aber nur in einem Teil der Fälle mehrstündige Besserung beobachtet. Eine ideale Blutstillungsmethode in dem Sinne, daß ein augenblicklicher vollständiger und dauernder Verschluß der blutenden Gefäße erfolgt, ist in den Nebennierenpräparaten nicht gegeben, obwohl die Thrombenbildung in den verengten Gefäßen gewiß begünstigt wird und obwohl zur momentanen Stillung von Blutungen bei gynäkologischen Operationen kein anderes Mittel das Operationsfeld so blutleer und die Ruhe und Sicherheit der Operation so gewähren kann wie Suprarenin oder Adrenalin. Doch hat das bei starken Verdünnungen und gesundem Herzen gefahrlose Nebennierenpräparat für den wenig Erfahrenen zuweilen etwas Beängstigendes, weil bei Anämischen und Nervösen leicht Kollapserscheinungen, momentane Blässe des ganzen Körpers, Präkordialangst, Beklemmungsgefühl auf der Brust, Kopfschmerzen, Einschlafen der Extremitäten aufzutreten pflegen. Es empfiehlt sich daher, starken Kaffee oder Kognak stets bereit zu halten.

Die wichtigsten per os oder subkutan verabreichten Hämostatika sind die zahlreichen Ergotin-, Hydrastin- oder Kotarninpräparate. Auf Grund einer großen Reihe experimenteller Untersuchungen am überlebenden und lebenden Uterus von Tieren und von einigen Versuchen an der durch eine besondere Methode 12 Stunden lang nach der Exstirpation überlebend gehaltenen menschlichen Gebärmutter bezeichnet Kehrer Ergotin-Wernich (Merck), Ergotin-Bonjean (Merck), Ergotin-Denzel und Secacornin (der Firma La Roche, Basel) als Präparate, die bei kleinsten Dosen noch sehr kräftige Uteruskontraktionen auslösen. Die übrigen Handelspräparate: Ergotin-Yvon, Ergotin-Fromme, Cornutinum ergoticum Bombelon, Ergotin-Nienhaus, Ergot. aseptic, Er-

gotfluid (Parke-Davis, London), Ergotinol-Vosswinkel und Ergotin dialysat Golaz, die Ergotine von Kohlmann und St. Jakob rangieren erst an zweiter oder späterer Stelle. Von den Präparaten der Hydrastisgruppe ist das Hydrastin weit wirksamer als das Extr. hydrast. canadens.; das jetzt freilich enorm teuer gewordene Hydrastinin (Merck) von dem 10 g über 8 Mk. = 10 K. kosten, hat aber den stärksten Effekt auf die Uteruskontraktionen. Die Wirkung der Cotarninpräparate: Des phthalsauren Cotarnin oder Styptol (Knoll) oder des salzsauren Cotarnin, das als Styptizin von Merck in den Handel gebracht wird, ist experimentell und klinisch die gleiche, Hydrastinin und Cotarninpräparate sollten nach bisheriger Anschauung lediglich eine kombinierte hämostatische und sedative Wirkung haben, also einerseits die Gefäßmuskulatur zur Kontraktion bringen, anderseits das Zentralnervensystem beruhigen und so die Herztätigkeit herabsetzen und den Blutstrom verlangsamen. Nach Kehrers Erfahrungen wirken die Mittel ebenso stark erregend auf die Uteruskontraktionen ein, wie die Ergotinpräparate; und gerade bei dem Hydrastinin, dem Styptol und Styptizin fand Vf. sowohl beim exstirpierten, überlebend gehaltenen, wie beim überlebenden Uterus nach intravenöser Verabreichung der Mittel schon bei ganz kleinen Dosen (1 cg intravenös) häufig einen tetanischen Charakter der Uteruskontraktionen. Das ist wichtig für die Behandlung von Blutungen, bei denen eine muskelkräftige Gebärmutter vorausgesetzt werden darf, wichtig aber auch für die Therapie der Uterusblutungen in der Schwangerschaft, bei denen bisher die Hydrastinin- und Cotarninpräparate wegen ihrer angeblich fehlenden Wirkung auf die glatte Muskulatur des Uterus von vielen mit Vorliebe angewendet wurden. Nach den Versuchen Kehrers sind sie in der Schwangerschaft genau ebenso kontraindiziert wie die Ergotinpräparate.

Von den übrigen als interne Hämostatika in der Praxis gebräuchlichen Präparaten erwähnt Vf. Chinin, das nach seinen experimentellen Untersuchungen eine sehr starke kontraktionserregende Wirkung auf die Uterusmuskulatur besitzt, ferner Salizyl und Salipyrin (dreimal täglich 1·0), Berberin, Zimmtwasser, Zimmttinktur (½ bis 1 stündlich 1 Teelöffel). Decoct. rad. Ratanhiae (15:150 mit etwas Himbeersirup, 2stündlich ein Eßlöffel). Die Fluidextrakte von Rad. Gossypii herbacei (mehrmals täglich 30 Tropfen), von Cortex Viburni prunifol (dreimal täglich ½ bis 1 Teelöffel), Senecio vulgaris (mehrmals täglich 35 Tropfen) und Hamamelis virginica (mehrmals täglich 30 Tropfen). Eine Wirkung dieser Extrakte und des Berberins auf den überlebenden Uterus ist nach Kehrers Untersuchungen zwar vorhanden, doch gering. Vor dem Stagnin warnt Vf. auf Grund übler Erfahrungen. Subkutane Atropininjektionen (0·0003) werden für Fälle, in denen Hydrastis und Ergotin, versagten empfohlen, in kleinen Dosen hat Atropin — wenn auch weniger intensiv — wie Strophantin, Pilokarpin und Physostigmin auf den Uterus eine stark erregende Wirkung.

Sind Uterusblutungen durch nervöse Einflüsse hervorgerufen oder gesteigert, so leisten Narkotica, besonders Brom, oft sehr gute Dienste.

In den letzten Jahren wird auch bei Uterusblutungen Gelatine häufig gebraucht, um eine Steigerung der Gerinnbarkeit des Blutes zu erzielen. Die Anwendung geschieht am sichersten durch subkutane Einspritzungen von 40 bis 80 cm³ — bei mehrstündigen Intervallen in dringenden Fällen auch höhere Dosen — der 10%igen Gelatine von Merck, die in Glasphiolen von 40 cm³ in den Handel kommt. Auch 10%ige Gelatine-Kochsalzlösungen wurden verwendet. Zur intrauterinen Tamponade hat man in 5%ige sterilisierte Gelatinelösung getränkte Gaze wiederholt gebraucht. Eine

Infektion durch die bakteriologisch in fast jeder käuflichen Gelatine nachgewiesenen Tetanusbazillen besteht bei intrauteriner und subkutaner Anwendung sicher sterilisierter Lösungen, wie der Merckschen Gelatine, nicht. Auch Nierenreizungen und das oft sehr hohe Gelatinefieber treten bei diesem Präparat nur sehr selten auf und verschwinden bald nach der Injektion. Eine Sterilisation der per os verabreichten Gelatine ist nicht nötig, empfiehlt sich aber bei rektaler Anwendung, da kleine Mastdarmschleimhautrisse bestehen können; bei der für Rektaleingießung genügenden Sterilisation werden 20 g Gelatine (so viel wiegen etwa zwölf Stück der dünnen käuflichen Tafeln) in kleine Rollen gewickelt, mit 100 cm^3 heißem Wasser in einem weithalsigem Pulverglas übergossen und dieses in einem Topf mit kochendem Wasser mindestens eine Stunde lang der Sterilisation unterworfen. Per os gibt man Gelatine in 10%ige Lösung (in leichten Fällen vier Eßlöffel täglich, in schweren Fällen ein Eßlöffel halbstündlich) oder in Form aller möglichen Speisen in der Menge von 50 bis 100 g pro Tag. — (Vereinsbl. der Pfälz. Aerzte, Nr. 2 bis 5. 1907.)

2. Die frühere Anwendung der Glyzerintampons hatte manche kleine Unbequemlichkeiten. Es ging viel von dem kostspieligen Material verloren, besonders bei ambulanten Kranken, die schnelle Durchnässung der äußeren Teile führte zu Reizzuständen, das Tragen der Binde wirkte nur bei Frauen erleichternd, die sich schonen konnten. Um diesen Uebeln abzuhelfen, läßt der Vf. in der Apotheke von E. Niemitz in Hamburg, Georgenplatz, einen Tampon herstellen, welcher die reinste und dichteste Glyzerinart mit einem Bindegewebe derart vereint, daß die medikamentösen Stoffe in jeder Konzentration zugesetzt werden können und die Verteilung eine durchaus gleichmäßige ist. Weiters wurde erreicht, daß die Auflösung des Materials bei einem gewissen Wärmegrad begann und dann langsam fortschritt. Der so erzielten Masse wurde eine Form gegeben, die zwischen dem Sippositorium und dem Globus vaginalis die Mitte hält und welche der Vf. „Zapfentampon" nennt. Zum Festhalten des Zapfens ist sterile Gaze einzulegen. Nach 2 bis 4 Stunden wird die Gaze leicht feucht; die Durchnässung ist eine geringe und zieht sich durch Stunden hin. Die Gaze bleibt 16 bis 20 Stunden liegen und wird dann durch Spülung mit warmem Sodawasser entfernt. Seit der Anwendung der Zapfentampons sind die Reizungen der Vulva verschwunden und das lästige Bindentragen fällt weg. Prochovnick benutzt vorwiegend Glyzerin allein, ferner Ichthyol, Tannin, seltener Jodkali, Zink und Belladonna. Der scheinbar hohe Preis der Zapfentampons (eine Dose zu sechs Stück. reinstes Glyzerin, kostet 2 Mk., Ichthyol, Belladonna 3 Mk., Zink, Tannin 2·50 Mk.) wird dadurch wieder ausgeglichen, daß das Mittel jetzt in viel größerem Maß ausgenützt wird, da früher viel davon nutzlos aufgebraucht wurde. — (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 24, 1907.)

3. Die Firma Ludwig Pröll in Frankfurt a. M. hat die von Scheren angegebene Büchse hergestellt; dieselbe schließt sich an die Idee der Schimmelbuschschen Trommel an. In ihrem Innern befindet sich eine von außen drehbare Achse, die den Anfang einer Mullbinde festhält, so daß der Tamponstoff abgespult werden kann, ohne mit den Händen berührt zu werden. Es müssen dazu aber ausschließlich Mullstreifen mit gewebter Kante verwendet werden. Die Büchsen sind für Binden von 2, 4, 6, 8 und 10 cm vorrätig. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22, 1907.)

Geburtshilfe.

Ueber den Einfluß des Chinins auf die Wehentätigkeit des Uterus. Von Dr. A. Mäurer. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. berichtet über 78 Fälle aus der Gießener Frauenklinik, bei denen Chinin zur Anwendung kam, und zwar in 63 Fällen zur Wehenanregung oder -Verstärkung intra partum und in 15 Fällen zur Behandlung des Abortes. In 78·2% der Fälle

wurde eine deutliche Wirkung der verabreichten Chinindosen beobachtet, dagegen in 21·8% waren dieselben mehr oder weniger wirkungslos. Die Verabreichung erfolgte subkutan oder per os. Zur subkutanen Injektion wurde eine Lösung von 2·0 Chin. bisulf. auf 30 Teile Wasser verwendet, von der im ganzen 0·4 g injiziert wurden. In letzter Zeit geschah die Darreichung nur per os, und zwar 1 g Chinin, welche Gabe nach 2 bezw. 5—6 Stunden wiederholt werden kann. Das Chinin wird in Oblaten gegeben und etwas Kaffee hinterher verabfolgt. Das Chinin hat sich besonders bewährt bei sich lange hinziehenden Geburten infolge vorzeitigen Blasensprunges, ferner zur schnelleren Eröffnung des Muttermundes bei Hysteremyse. Bei der Abortbehandlung macht Chinin unter Umständen eine Ausräumung des Abortes auf operativem Wege überflüssig. Als Nebenwirkungen traten bei der Mutter in sieben Fällen Ohrensausen, in zwei Fällen Kopfschmerzen auf; zweimal trat leichte Atonie des Uterus auf. Eine Schädigung der Kinder wurde nie beobachtet. Das Chinin ist als Wehenmittel besonders empfehlenswert, einmal weil es imstande ist, eine physiologische Wehentätigkeit hervorzurufen, und dann, weil es sowohl für die Mutter als auch für das Kind absolut unschädlich ist. Von ganz besonderem Werte ist die Anwendung des Chinins bei der künstlichen Frühgeburt und bei der Behandlung des Abortes zur Verstärkung unserer sonstigen Wehenreize. Das Chinin übt auf den Uterusmuskel eine sensibilisierende Wirkung aus. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 5, 1907.)

Appendizitis und Gravidität. Von geh. Hofrat Prof. Dr. Alf. v. Rosthorn. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. sind bei einem Material von 27.000 Geburten nur zwei Fälle von schwerer Appendizitis und Gravidität begegnet. Beide Fälle kamen zum Exitus, da sie in sehr desolatem Zustande in die Klinik eingeliefert waren. In dem einen Falle war vorher eine Appendektomie und Uterusextirpation, im anderen eine gewaltsame Entbindung vorgenommen worden. In beiden Fällen bestand eine allgemeine Bauchfellentzündung im Anschluß an die Perforation des schwer veränderten Wurmfortsatzes. In beiden Fällen war das Fruchtwasser infolge Ueberganges von Kolibazillen von dem erkrankten Organ auf die schwangere Gebärmutter faulig-stinkig geworden; ferner hatte sich bei beiden Frauen infolge der Allgemeininfektion ein Dauerkontraktionszustand der Gebärmutter herausgebildet.

Die bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle lassen folgende Erfahrungssätze aufstellen: Eine Schwangerschaft prädisponiert nicht zu dem Auftreten einer Appendizitis, wohl aber zum Rezidivieren eines bereits vor derselben vorhanden gewesenen, appendizitischen Prozesses. Die meisten Autoren haben einen nachteiligen Einfluß des schwangeren Zustandes auf eine bestehende Appendizitis gefunden. Die gleichzeitig stattfindende Geburt ist im allgemeinen im höchsten Grade verhängnisvoll bei einer bestehenden Appendizitis. In 40—50% der Fälle führt eine Appendizitis zu Fehl- oder Frühgeburt. Die Diagnose einer Appendizitis wird durch die Schwangerschaft sehr erschwert. Eine genaue Anamnese, der genau subjektiv und objektiv lokalisierte Schmerz sind die am sichersten verwertbaren Momente. Die Prognose ändert sich bei den nicht ganz leichten Fällen in ungünstigem Sinne. Die Mehrzahl der Autoren beziffert die durchschnittliche Sterblichkeit auf 40—50%. Die intrauterine Infektion der Frucht bei dieser Komplikation ist wiederholt nachgewiesen worden. Die Prognose ist um so besser, je früher operiert wird. In der Mehrzahl der Fälle hat die Appendektomie keinen Einfluß auf den Verlauf der Schwangerschaft gehabt. Stets muß man radikal operieren. Die Prognose wird ungünstiger, wenn die Geburt der Operation sofort folgt. Man gebe daher während oder nach der Operation sofort Opium, um die Auslösung von Wehen zu vermeiden. Fälle, bei denen schon eine diffuse Peritonitis eingesetzt hat, geben ungünstige Chancen. Pinard empfiehlt auch bei derartigen Fällen sofort zu operieren. Bezüglich des zweckmäßigsten Vorgehens intra par-

tum herrscht noch gar keine bestimmte Meinung vor. — (Med. Klin., Nr. 13, 1907.)

Ueber eine Methode, dem Kind künstlich Luft zuzuführen, als erschwertem Durchtritte des nachfolgenden Kopfes. Von Dr. Kühl, Dillenburg. Ref. G. Wiener, München.

Der betreffende Handgriff kann manuell und instrumentell ausgeführt werden, am besten nach vollendeter Armlösung. Manuell gestaltet er sich so, daß die der Bauchfläche des Kindes entsprechende Hand so hoch eingeführt wird, daß die Spitze des Mittelfingers genau auf die Nasenwurzel zu liegen kommt, während die übrigen Finger auf die Processus nasale des Oberkiefers und der Fossae caninae ruhen. Von den dicht aneinanderliegenden Fingern wird dann eine Rinne gebildet, dieselbe in einem Winkel von 45 Grad gebeugt und gleichzeitig der untere Teil der Hand stark an die Bauchfläche des Kindes angedrängt. Gleichzeitig wird mit Zeige- und Ringfinger der anderen Hand der Nacken des Kindes umfaßt und nach der Seite des Rückens hingezogen. Das eventuell zu verwendende Instrument hat Aehnlichkeit mit einem Spekulum, wird ähnlich wie ein Zangenlöffel eingeführt und so weit vorgeschoben, daß das Kinn des Kindes sich in die Rinne einstellt. Dann wird das Instrument so lang weitergeführt, bis es die Nasenwurzel erreicht und dann der Nacken des Kindes nach der entgegengesetzten Seite hingeschoben. Der Handgriff ist nicht leicht, kann nur von geübter Hand ausgeführt werden und wird auch nicht immer zum Ziele führen. — (Zentralbl. f. Gynäkol., 1907.)

Urologie.

Blase.

1. **Bemerkungen zur Behandlung der Zystitis und Pyelitis im Kindesalter.** Von L. Langstein, Berlin. Ref. Eugen Binswanger, München.
2. **Ueber den therapeutischen Wert des Urogosans bei Urethrozystitis.** Von Dr. Deutsch. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
3. **Ueber das neue Blasenantiseptikum „Urogosan“.** Von Dr. Keil, Berlin. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
4. **Behandlung der Harninkontinenz mit Nebennierenpräparaten.** Von G. Zanoni. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Die Diagnose der Zystitis oder Pyelitis im Kindesalter ist schwieriger wie beim Erwachsenen, weil häufig lokale Symptome mangeln, oder doch die Allgemeinerscheinungen prävalieren. Unruhe, Blässe, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, mangelnde Gewichtszunahme trotz guter Ernährung sind Symptome, die eine Harnuntersuchung zur Pflicht machen. Die Schwierigkeit, Urin von Säuglingen zu erhalten, wird oft überschätzt. Meist gelingt es durch vorgelegte Erlenmeyer-Kölbchen, welche zweckmäßig mit Heftpflasterstreifen befestigt werden, zum gewünschten Ziele zu gelangen. (Auch vom eventuellen Katheterismus weiblicher Säuglinge — der allerdings einige Uebung erfordert — sah Ref. bei streng aseptischer Hantierung niemals Nachteil.) Nur die chemische und mikroskopische Untersuchung des Harns sichern die Erkennung einer Zystitis resp. Pyelitis. Für die Diagnose der letzteren nennt Langstein noch als wichtiges Symptom die Druckempfindlichkeit und — bei Pyelonephritis — die häufige Schwellung der beim Säugling leicht palpablen Nieren.

Bezüglich der Prophylaxe der Zystitis, besonders beim weiblichen Säugling, wird sehr mit Recht auf die Wichtigkeit der vielfach nicht beachteten Vorschrift hingewiesen, die Reinigung von After- und Genitalgegend stets nur von vorn nach hinten vorzunehmen. Neben der eventuellen ätiologischen und diätetischen Therapie bevorzugt Langstein unter den medikamentösen Mitteln das Urotropin (1—3 g auf 100 Wasser, dreimal täglich 10 cm^3 in Milch per os) und das Salol (viermal täglich 0·1—0·3 g). Blasenspülungen kommen nur bei den seltenen Fällen reiner, unkomplizierter Zystitis in Betracht. Sie werden eventuell mit Borsäurelösung, hierauf mit Arg. nitric. (1:2000 bis 1:1000) und nachfolgender Kochsalzspülung vorgenommen. (Therap. Mon.-Hefte Nr. 5, 1907.)

2. Urogosan ist wohl ein neuer Name, aber kein neuer chemischer Körper; zwei

Präparate, beide bereits wohl bekannt, gelangen in gemeinsamer Kapsel zur Verabreichung, das Gonosan und Hexamethylentetramin. Deutsch hat persönlich bereits Wochen vor dem Auftauchen des Urogosans eine Reihe von Versuchen gemacht, die sich in der gleichen Richtung bewegten; er hatte Santalöl und Hexamethylentetramin, dann neben diesen beiden Körpern auch noch Kubebenextrakt in gemeinsamer Kapsel zur Verabreichung gebracht, mit gleichem Erfolge als das später auf den Markt gebrachte Urogosan. Mit dem Auftreten des letzteren schien es ihm zwecklos, die eigenen Versuche fortzusetzen, da ja das Urogosan das bot, was Deutsch suchte, nämlich die Möglichkeit einer einfachen Medikation bei gleichzeitiger Einwirkung auf Blase und Harnröhre. In den neun bis zehn Urogosankapseln sind 1·35—1·5 g Hexamethylentetramin enthalten, da jede Kapsel außer 0·3 g Gonosan 0·15 g Hexamethylentetramin führt. Das Hexamethylentetramin ist in seiner Einflußnahme auf verschiedene Formen der Zystitis jedem Praktiker wohl bekannt. Wie Deutch bereits in einer früheren Arbeit auseinandersetzte, kann er die Anschauungen Posners und Vogels, daß es sich bei allen Formen der Zystitis bewähre, bloß bei der tuberkulösen und gonorrhoischen versage, bezüglich der letzteren nicht akzeptieren. Das Gonosan ist kein neuer chemischer Körper, besteht es doch neben 20% der wirksamen Kawakawa-Harzmasse aus 80% Santalöl. In einer früheren Arbeit hat Deutsch die Einteilung der Urethrozystitis in Rücksicht auf ihr therapeutisches Verhalten in drei Gruppen durchgeführt. Die erste Gruppe umgreift jene Fälle, welche auf Grund des einfachen diätetischen Regimes zurückgehen; dasselbe wird durch Verabreichung innerlicher Mittel wesentlich unterstützt, als da sind: Tee (Herb. Herniar. und Fol. Uv. Ursi), Natrium salicylicum, Salol. Als sich vor einigen Jahren das Urotropin bezw. das Hexamethylentetramin hinzugesellte, zeigte sich bald, daß es in vielen Fällen noch günstige Erfolge erzielen ließ, wo die erstgenannten Mittel versagt hatten. Zur zweiten Gruppe zählen jene Zystitiden, welche neben der unterstützend wirkenden Medikation lokale Maßnahmen beanspruchen. Die internen Mittel können, wie gesagt, die lokale Behandlung unterstützend beeinflussen. Die dritte Gruppe umfaßt jene Fälle, die trotz aller Bemühungen seitens des Arztes, trotz des peinlichsten, diätetischen Verhaltens seitens des Kranken nicht gut werden; es sind das jene chronischen Blasenkatarrhe, deren Ursprung in der ehemaligen Gonorrhöe gelegen ist. Der quälende Harndrang, der schmerzhafte Tenesmus, das häufige Urinieren, kurz alle Beschwerden, welche die brüsk einsetzende akute Urethrozystitis charakterisieren, schwinden oft schon nach 24 bis 48 Stunden. Die Aufhellung der zweiten Urinportion (oft fast gleichzeitig auch der ersten) innerhalb zweier Tage ist gar nicht selten zu konstatieren. Im übrigen pflegt Deutsch sich auf die interne Medikation allein nicht länger als durch zwei Wochen einzulassen, um dann mit ihr die lokale Behandlung der Blase zu vereinigen, ausgenommen jene Fälle, die wegen gleichzeitiger Komplikation mit Epididymitis oder Prostatitis zu topischen Maßnahmen noch nicht geeignet scheinen. Vf. illustriert seinen Bericht durch einige auszugsweise angeführte Krankheitsgeschichten und kommt zu dem Urteil, daß der günstige Einfluß, welchen das Urogosan bei Urethrozystitis sowohl auf die Blase, als auch auf die Harnröhrenschleimhaut ausübt, keinem Zweifel unterliegt und ihm in der internen Behandlung dieses Leidens eine ebenso dominierende Stellung sichert, wie sie heute allenthalben dem Urotropin gegenüber der Zystitis im allgemeinen eingeräumt wird. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 28, 1907.)

3. Urogosan stellt eine Lösung von Hexamethylentetramin in Gonosan dar, und zwar im Verhältnis von 0·15 : 0·3 pro Kapsel. Unter dem Einfluß der Körpertemperatur wirkt das Hexamethylentetramin hemmend auf die Entwicklung von Mikroorganismen, und zwar durch Abspaltung eines Körpers, der starke antiseptische Eigenschaften hat, des Formaldehyds. Ein Gehalt des Urins von 0·02‰ Formaldehyd vermag näm-

lich die ammoniakalische Harngärung zu verzögern und eine Menge von 0·1°/₀₀ sie ganz zu verhindern. Boss gelangt zu dem Schlusse, daß das Urogosan den bisher bekannten Blasenantisepticis überlegen ist, und zwar wegen der energischen sedativen krampf- und schmerzstillenden Eigenschaften, die den anderen Mitteln vollkommen fehlen. Keil hat das Urogosan in 26 Fällen verwendet, davon waren 14 an Gonornhöe der Harnröhre, 12 an Zystitis erkrankt. Fälle von akuter Blasenentzündung wurden allein durch Urogosan zur Heilung gebracht. In erster Linie werden die dysurischen Erscheinungen, der Harndrang und der Blasenkrampf, rasch beseitigt. Neben dieser sedativen trat auch die antiseptische Wirkung klar zutage, indem sich der stark eiterhaltige Urin verhältnismäßig rasch klärte. Mikroskopisch konnte ein allmähliches Abnehmen der verschiedenartigen Bakterien nachgewiesen werden. Auch bei der chronischen Form erreichte Keil sehr gute Erfolge, selbst bei solchen, bei denen bereits verschiedene Kuren angewendet worden waren und welche der Behandlung Widersand leisteten. Es gelang ihm bei diesen, sie durch Urogosan und eine entsprechende Lokalbehandlung zur Heilung zu bringen. Die Behandlung bestand in Bettruhe, soweit es anging, Diät und Darreichung von Urogosan, 4—5mal täglich zwei Kapseln mit einer warmen Flüssigkeit, Milch, Bouillon, Suppen o. dgl. Wir besitzen, nach Keil in Urogosan, einem Abkömmling des Gonosans, ein vorzügliches Antiseptikum, das hauptsächlich bei Erkrankungen der Blase im Gefolge von Gonorrhöe und infolge bakterieller Entzündungen wertvolle Dienste leistet. Es beruhigt, wie oben angegeben, die dysurischen Beschwerden, mildert den Krampfzustand der Blase, setzt die Schmerzhaftigkeit des ganzen Prozesses rasch herab und wirkt durch Abscheivon Formaldehyd aus dem Hexamethylentetramin energisch bakterizid auf die eingedrungenen Keime.

Vom Magen wird es selbst bei wochenlanger Darreichung gut vertragen. Nebenerscheinungen treten nicht auf. — (Deutsch. med. Presse, Nr. 8, 1907; Sond.-Abdr.)

4. Vor einigen Monaten hat Zanoni bereits (Gazz. degli osped. Nr. 129, 1906), gestützt auf sechs eigene Fälle, die Behandlung der Harninkontinenz mit Nebennierensubstanz (Paraganglin Vassale empfohlen. Heute, nach einem halben Jahr. verfügt er, infolge Unterstützung durch Kollegen, bereits über 134 Fälle. Von diesen werden 66 als geheilt, 21 als gebessert, 14 als für die Zeit der Behandlung gebessert, 21 als ungeheilt bezeichnet, während die Berichte über 12 Fälle für eine Qualifikation nicht genau genug sind Einen großen Teil der Mißerfolge glaubt jedoch Vf. auf Behandlungsfehler, spez. zu kurze Behandlungszeit, zurückführen zu sollen. Je früher die Kinder in Behandlung kommen, desto besser, doch sieht man auch noch im Alter von 14—15 Jahren gute Erfolge. Die Dosierung des Medikaments sei nicht zu vorsichtig. Irgend welche ernstere Zufälle treten nie ein. in 4—5 Fällen wurden leichte Leibschmerzen und Brechreiz berichtet, besonders bei nüchterner Darreichung, die jedoch einer Verminderung der Dosis bald weichen. Ganz zweckmäßig ist, um eine Gewöhnung zu verhindern, während der Kur tagelange Pausen zu machen — (Gazz. degli osped. Nr. 48, 1907.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Syphilis.



1. Die bisher gebräuchlichen Behandlungsmethoden der Syphilis sind, so sicher und so erfolgreich sie auch sind, doch noch unvollkommen und reformbedürftig zu nennen; elegant ist keine derselben. Während in Deutschland die interne Behandlung der Lues fast ganz in Vergessenheit geraten ist, genießt dieselbe im Auslande allgemeine Anerkennung, manche Autoren des Auslandes verwerfen die bei uns üblichen Syphiliskuren, insbesondere die Spritzkur, mit aller Energie. Diesem Beispiele des Auslands sind nunmehr auch Autoren unseres Landes gefolgt. Nachdem man zu der Erkenntnis kam, daß bei der Hg-Behandlung vor allem die Leber die Zentrale und das Agens des Heilungsvorganges zu nennen ist, hat die pharmakologische Technik es zustande gebracht, ein Präparat zu schaffen, welches vermöge seiner Affinität zur Leber und deren Sekreten die einfachste, angenehmste und sicherste Therapie ermöglichen soll. Das in Frage stehende Präparat (s. Dr. Boß, Med. Klinik Nr. 30, 1906) ist eine Verbindung der Cholsäure mit Quecksilberoxyd, dem Tanninalbuminat beigesetzt wird; es kommt unter dem Namen „Mergal“ in dünnen, weichen Kapseln, von denen jede Hydrargyr. cholic. oxydat. 0·05, Album. tannic. 0·1 enthält, in den Handel. (Fabrikationsstelle: Chem. Fabrik J. D. Riedel, Berlin.)

Die Verordnung lautet für gewöhnlich dreimal täglich 1 Kapsel nach dem Essen, ansteigend bis fünfmal täglich 2 Kapseln.

Vf. machte seine Versuche an 17 Patienten, von denen elf frisch infiziert waren; die altinfizierten hatten bereits mehrere Rückfälle und mehrere Kuren hinter sich. Die Primäraffekte behandelte Keil mit den üblichen Mitteln, wartete dann ab, bis Allgemeinerscheinungen auftraten, und begann dann mit der Mergal-Darreichung. Im Urin kann bereits nach 24stündigem Mergal - Gebrauch mittels der Methode von Stekowenkoff Quecksilber (Quecksilberjodid) nachgewiesen werden. Nach Aufhören der Mergalkur konnte frühestens nach 18 Tagen Quecksilber nicht mehr nachgewiesen werden, im spätesten Falle fand Keil noch am 33. Tage Quecksilber im Harn.

Ueble Erscheinungen rief Mergal nicht hervor; ein junger Mann mußte wegen seiner Laryngopharyngitis sowie wegen seiner schlechten Zähne (Schmerzen und Speichelfluß) die Kur mehrmals unterbrechen. Vier Patienten wollten ein Nachlassen des Appetits, Abnahme des Körpergewichtes und der Kräfte wahrgenommen haben, ein Patient gab an, ausgesprochenen Metallgeschmack zu haben, in einem anderen Falle behob sich eine vorher bestandene Obstipation. Von Seite der Nieren waren keine Störungen zu beobachten. In einem Falle konnten die bestehenden Kopfschmerzen nicht durch Mergal, wohl aber durch eine Jodkalikur beseitigt werden. Im günstigsten Falle konnte Keil nach 10 Tagen, in dem schwersten Falle nach 22 Tagen ein Abblassen und Verschwinden der Roseolae und Plaques beobachten. Die ganze Behandlungsdauer variierte von 7—10 Wochen; maßgebend für die Beendigung war die Beschaffenheit der Drüsen. Seine Resultate faßt Keil dahin zusammen: Ob durch Mergal-Behandlung eine Dauerheilung der Syphilis zu erreichen ist, erscheint wenig wahrscheinlich, da man nach Vf. selbst mit Injektionen von löslichen Quecksilbersalzen einen derartigen

Erfolg nicht erreicht. Dagegen lassen sich über den Wert der Mergalbehandlung — verglichen mit anderen Methoden — folgende Schlüsse ziehen:

1. Mergal ermöglicht eine sehr bequeme, angenehme, unschädliche und diskrete Behandlung.

2. Mergal ist angezeigt bei luetischen Erkrankungen aller Art und jeden Stadiums.

3. Mergal wird von Magen, Darm und Nieren gut vertragen.

4. Mergal bewirkt die gleiche Heilwirkung wie die Schmier- oder Spritzkur. — (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 15, 1907.)

2. Zeissl spricht sich mit aller Ueberzeugung gegen die Präventivallgemeinbehandlung und die chronisch intermittierende Behandlung aus. Eine schablonenmäßige Behandlung ist unzweckmäßig, jedes Individuum muß seiner Individualität entsprechend behandelt werden. Je intensiver die erste Eruption auf der Haut und Schleimhaut, umso seltener sind Rezidive und umso rascher eine definitive Heilung. Zeissl hat in letzter Zeit in einer größeren Anzahl von Fällen das Mergal angewandt. Das Mergal, Hydrargyrum cholicum, wird in Kapseln, welche 0·05 Hydrarg. cholicum oxydatum und 0·10 Albumen tannicum enthalten, von der Firma Riedel in Berlin in den Handel gebracht. Zeissl hat 35 Männer und 5 Frauen mit diesem Mittel behandelt. Zuerst wurden zwei Kapseln des Tages, nach der Mahlzeit, verordnet; bei gutem Vertragen Steigerung bis auf acht Kapseln. Zeissl ist mit der Wirkung des Mittels sehr zufrieden. Es wird gut vertragen, gern genommen. Zeissl hält das Mergal besonders geeignet für Fälle von Gehirnlues. Bei Mergalgebrauch muß die Mundpflege noch sorgfältiger als bei anderen Quecksilberpräparaten geübt werden. — (Med. Klinik Nr. 15, 1907.)

3. Spielt, wie R. Koch und seine englischen Vorgänger erwiesen haben, das Atoxyl eine große Rolle bei der Schlafkrankheit, und beruht die Syphilis ebenfalls auf Protozoen, so ist es wohl möglich, daß das Atoxyl auch die Syphilis günstig beeinflußt. Die ersten Versuche Lassars mit Atoxylbehandlung der Syphilis zeigten zwar ganz günstige, aber doch keineswegs sichere und überzeugende Resultate. Die dabei verwendeten Dosen hatten die bisher erprobten Maximaldosen (dreimal wöchentlich 0·2) nicht überschritten. Inzwischen ist aber in Paris durch Paul Salmon durch Anwendung weit größerer Dosen ein voller und unbestreitbarer Erfolg erzielt worden. Nun ist die Giftigkeit des Atoxyls aber eine recht verschiedene, je nach der Disposition des Individuums, vielleicht der Alkaleszenz des Blutes, und die Möglichkeit einer Intoxikation ist stets gegeben; dabei wirkt das Mittel stark kumulativ. Die Intoxikation setzt allerdings nicht plötzlich, sondern allmählich ein. Nach einer einzelnen Injektion kann sich der Patient unbehaglich, beklommen fühlen, Schwindel und Nausea haben. Nach Fortlassung des Mittels stellt sich die Euphorie bald wieder her, und die Kur mag später in gleicher Weise wieder aufgenommen werden. Lassar hat mit den größeren Dosen bis jetzt über 25 Patienten behandelt, ohne unliebsamen Zwischenfall. Allerdings hat er nicht die ganz hohen Salmonschen Dosen verwendet, sondern nur 0·5 pro dosi, in 10%iger, steriler Lösung dreimal wöchentlich. Die Erscheinungen der Syphilis gingen dabei prompt zurück, einerlei, ob es sich um frische oder ältere Fälle handelte; keiner hatte vorher Hg oder Jod bekommen. Primäraffekte fallen nach einigen glutealen Injektionen der Resorption anheim. Das etwa bereits bestehende Exanthem blaßt ab, Papeln verlieren ihre Rötung, zeigen unter Schwund des plastischen Exsudats nachweisbare Abflachung und typische Bräunung. Ulzerationen schließen sich unter Ueberhäutung. Annuläre Syphilide trocknen ein und gummöse Infiltrate weichen der Behandlung in gleichem Sinne. Das Verhalten ist also der Quecksilberbehandlung durchaus entsprechend, und wir haben in hochdosierter Atoxyldarreichung ein weiteres spezifisches Mittel erhalten. Ein Universalmittel ist es aber nicht; neben sehr prompten Erfolgen sieht man sehr langsame; nur ein Fall von Iritis erwies sich als refraktär und wich erst einigen Queck-

silberinunktionen. Ein definitives Urteil läßt sich bis jetzt noch nicht fällen. — Spirillen ließen sich bei Untersuchungen im Laboratorium auch an atoxylierten Fällen noch nachweisen; ihre Tinktionsfähigkeit schien sich sogar noch zu heben. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22, 1907.)

4. Salmers berichtet über 27 Fälle von Syphilis aus dem Laboratorium von Prof. Metschnikoff. Salmers ist mit den Resultaten der Atoxylbehandlung sehr zufrieden. Besonders in die Augen springend war die Schnelligkeit der Wirkung, wie die prompte Veränderung der luetischen Affektionen zum Besseren auf die Injektionen hin. Es wurden 0·5—1 g Atoxyl pro dosi injiziert, alle zwei Tage eine Injektion. Die Behandlung dauert 2—3 Wochen; sie wird angewendet in allen Stadien der Syphilis. Als Nachwirkungen traten Kopfschmerz, Erbrechen und Koliken auf, die sich auf Opiumgaben schnell beseitigen ließen. — (Gazette méd. de Paris, 15. Mai 1907.)

5. Hallopeau hat an 120 Fällen beobachtet, daß das Atoxyl, nach dem Verfahren des Herrn Paul Salmon, eine starke Wirkung auf den Syphiliserreger ausübt. Die sekundären Infektionen, die Anlaß zu wuchernden Kondylomen und zu gewissen Suppurationen gaben, sind jedoch dafür nicht empfänglich. Ebenso scheint es bei syphilitischen Folgeerkrankungen der Fall zu sein. Hallopeau fand das bestätigt bei Schlaganfällen und wahrscheinlich wird es auch so bei Tabes und allgemeiner Paralyse sein. Man könnte wahrscheinlich die Syphilis, wie es bei der Schlafkrankheit der Fall ist, durch Atoxylinjektionen heilen, wenn man lang genug genügende Dosen verabreichen könnte. Dies ist jedoch leider nicht der Fall, da sich große Intoleranz dagegen zeigt. Dieselbe zeitigt gastrointestinale Schmerzen, Erbrechen, Uebelkeit, Schmerzempfindung in den Gliedern, Dysurie, Lipothymie und Algidität. Man kann diese Zufälle vermeiden, wenn man die Injektionen auf eine kleine Zahl beschränkt, nur bei den beiden ersten größere Dosen gibt, die folgenden verringert und sie aufhören läßt, sowie anormale Sensationen erscheinen. Greise, Individuen von geringer Körpergröße und Kranke, die organische Fehler haben, sind prädisponiert und müssen geringere Dosen erhalten. Es ist sicher, daß das Atoxyl nach gewisser Zeit im Körper toxische Produkte absetzt, anders läßt sich das plötzliche Erscheinen der Zufälle nicht erklären. Das Medikament verflüchtigt sich ziemlich schnell. Im Verlaufe von 14 Tagen findet man keine Spur mehr davon im Urin, und es kann dann eine neue Kur gefahrlos begonnen werden. Weiteren Nachforschungen ist es vorbehalten, zu ergründen, wie oft man die Injektionsserie erneuern kann, ohne daß es zu chronischer Arsenikvergiftung kommt, und ob eine Immunität eintreten kann, die jener der Arsenikesser gleichkommt. Die Frage, ob an diesen Zufällen mehr das Anilin oder das Arsenik Schuld trägt, läßt sich dahin beantworten, daß das letztere prädisponierend ist. Die lokale direkte Wirkung des Atoxyls ist noch nicht festgestellt; jedenfalls ist es indiziert, die Injektionen einerseits in der Nähe des harten Schankers, anderseits bei Gummis, Exostosen und tertiärer ulzeröser Syphilis anzuwenden. Nach den gemachten Erfahrungen kann das Atoxyl die Krankheit verschwinden lassen. — (Gazette médicale de Paris, 15. Juni 1907.)

6. Der widerliche Geschmack des Jodipins und seine durch den hohen Fettgehalt bedingte schlechte Verdaulichkeit machen seine subkutane Anwendung nötig. Korolkoff injizierte in seinen Fällen in die Glutäalmuskulatur; er benützte zu diesem Zwecke, da die Injektion mit den gewöhnlichen Spritzen sehr schwierig ist, eine Spritze mit aufschraubbarer Nadel und schraubenartiger Bewegung des Stempels und erwärmte das Jodipin vorher auf 40° C. Injiziert wurde das 25%ige Jodipin, 10—20 g pro dosi, im ganzen 20—40 Injektionen, die entweder ununterbrochen dreimal wöchentlich oder 10 Tage nacheinander mit einer dann folgenden Pause von einer Woche gemacht wurden.

Absolute Indikationen für die Anwendung des Jodipins sind bei solchen spezifisch zu behandelnden Fällen gegeben, wo der Zustand des Magendarmtraktus eine innerliche Anwendung von Jod verbietet; ferner bei Kranken, bei welchen

nach innerlichem Gebrauch von Jod Jodismus entsteht. Jodipin wird außerordentlich langsam im Körper verbraucht und gelangt erst nach vielen Monaten ganz zur Ausscheidung. Es ist daher in allen den Fällen indiziert, wo eine möglichst große und langdauernde Sättigung des Organismus mit Jod erwünscht ist, also z. B. bei zerebrospinaler Syphilis mit Tendenz zu chronischem Verlauf, bei spezifischen Gefäßveränderungen u. s. w. Hier liefert die Jodipinisation mit oder ohne gleichzeitige Quecksilberbehandlung sehr gute Resultate.

Korolkoff führt eine Reihe von Fällen von zerebraler, spinaler und zerebrospinaler Lues an, in denen nach Jodipingebrauch ein Rückgang der motorischen und sensiblen Störungen eintrat, Harn- und Darmbeschwerden verschwanden und das Körpergewicht zunahm. Bei Tabes verschwanden die lanzinierenden Schmerzen und Parästhesien, sogar die Erscheinungen einer Sehnervenatrophie besserten sich. Günstige Wirkungen wurden endlich mit Jodipin bei mehreren Fällen von Neurasthenia cerebrospinalis syphilitica und Merkurialimus erzielt. — (Obosrenie Psychiatrii, Neurologii i experiment. Psych., Petersburg, Nr. 5, 1906.)

7. Zeissl tritt der Behauptung entgegen, daß Jod die Spätformen der Syphilis rascher zum Schwinden bringe, als das Quecksilber. Spätformen sind ebenso wie die frühzeitigen einer gleichzeitigen Jod- und Quecksilberbehandlung zu unterziehen. Syphilitische sind nur zu behandeln, wenn Erscheinungen an ihnen sichtbar sind. Bei der Behandlung der Spätformen muß neben der Allgemeinbehandlung auch die Lokalbehandlung einsetzen. Letztere besteht in der Anwendung des grauen Pflasters oder, wenn ein ausgebreiteter Zerfall eingetreten ist, in Jodoformverband. Nekrotische Knochenstücke müssen, wenn dieselben bereits locker sind, extrahiert werden. Sind schon viele Merkurialien gebraucht, so erzielt man gute Resultate durch Decoctum Zittmanni. Bei gummösen Erscheinungen der allgemeinen Bedeckung sowohl als des zentralen Nervensystems kann man die Heilung durch eine zweckmäßig geleitete hydriatische Behandlung beschleunigen. Die Entwicklung der Rezidiven der Mund- und Rachenchleimhaut begünstigt der Mißbrauch von Alkohol und Tabak. Bei der Orchitis syphilitica führen Einwicklung der erkrankten Skrotalhälfte mit grauem Pflaster und die gleichzeitig antiluetische Allgemeinbehandlung in der Regel zur Heilung. Von neueren Jodpräparaten ist das Sajodin und die Jodalbumose zu erwähnen. Sajodin wird vom Magen sehr gut vertragen, ist absolut geschmacklos und ruft fast nie Jodakne hervor. Jodschnupfen ist seltener, wenn man Jodkalium oder Jodnatrium in Pillenform verabreicht. Zusatz von 0·03—0·05 g Chinin bewirkt bei manchen Patienten, daß das Jod besser vertragen wird. Man verabreicht es immer nach den Mahlzeiten. Günstige Erfolge hat Zeissl mit dem von der Firma Riedel in Berlin hergestellten Quecksilberpräparat Mergal gehabt, von dem man in Kapselform 0·05 g mehrmals des Tages nehmen kann. Die Jodalbumose wird von Böhring & Söhne in Mannheim in Tablettenform hergestellt; sie enthält 22% Jod. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 21, 1907.)

8. Moses bespricht die bis jetzt vorliegenden Resultate der Atoxylbehandlung der Syphilis und teilt seine eigenen Beobachtungen an 19 Fällen mit. Von diesen waren 14 frisch sekundär, bezw. noch mit Primäraffekt behaftet, 4 spät sekundär, 1 tertiär. 5 Fälle wurden durch Atoxyl allein (1·9—4·7 g) geheilt, 7 wurden gebessert. Der Verlauf war ungefähr ebenso rasch wie bei Quecksilberbehandlung. In einem Falle trat nach 4·6 g eine Besserung der Angina und Heilung einer Plaque ein, die Quecksilber nicht erreicht hatte. In 4 Fällen mußte nach 0·8—2·7 g die Kur wegen Nebenerscheinungen abgebrochen werden; 2 davon waren deutlich gebessert. In 2 Fällen schließlich war nach 2·0 und 2·7 g die Besserung wesentlich geringer als gewöhnlich bei Quecksilber; doch reagierten sie nachher auch auf letzteres sehr langsam. Von Nebenwirkungen ist besonders hervorzuheben das — meist urtikarielle — Exanthem; außerdem kam es siebenmal zu Durchfällen, dreimal zu Albuminurie



ohne, einmal mit Zylindrurie, einmal zu einem leichten stenokardischen Anfall; ganz ohne Nebenerscheinungen blieben nur sieben Fälle; bei den übrigen traten sie 10—12 Stunden nach den Injektionen auf. Gegen die Magendarmstörungen erwies sich Opium mit Wismuth als gutes Heilmittel bezw. Prophylaktikum. Augenstörungen traten nicht auf; ebenso verursachten die Einspritzungen fast keine lokalen Schmerzen.

Was die praktische Verwertbarkeit des Atoxyls in der Syphilistherapie anlangt, so haben fast alle Autoren in der Mehrzahl der Fälle ein Zurückgehen der Erscheinungen gesehen, das so prompt erfolgte, daß man nicht an spontanes Zurückgehen denken kann. Aber wegen der möglichen Nebenerscheinungen ist größte Vorsicht geboten; das Atoxyl verdient seinen Namen jedenfalls nicht. Wir wissen ferner noch gar nichts über die Dauer und die Nachhaltigkeit der Atoxylwirkung, und ein Vergleich mit der Quecksilberwirkung ist zunächst nicht möglich. Jedenfalls aber dürfen wir das Atoxyl in den Fällen unbedingt versuchen, wo wir Hg aus irgend einem Grunde nicht geben können. Angesichts der berichteten Fälle von Sehstörung wird man mit den Dosen nicht zu hoch gehen und nicht über 3 bis 3·5 g insgesamt geben. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29, 1907.)

9. Um dem Cito und Tuto der Syphilisbehandlung das Jucunde hinzuzufügen, bedarf es nach G r o ß eines Präparats, das bei innerlicher Darreichung seine volle Wirksamkeit entfaltet; das von J. D. Riedel hergestellte „Mergal" scheint ihm dieses Desiderat zu erfüllen. Es setzt sich zusammen aus cholsaurem Quecksilberoxyd und Tanninalbuminat, und zwar enthält jede Kapsel 0·05 von ersterem und 0·1 von letzterem. Man beginnt mit drei Kapseln täglich und steigt auf 6—8, stets nach dem Essen zu nehmen; alle Vorsichtsmaßregeln für die Quecksilberbehandlung gelten auch hier. Das Mittel bewirkt keine Darmreizung in weitaus den meisten Fällen; seine Resorption ist eine rasche und gleichmäßige; man findet schon nach 24 Stunden Quecksilber im Harn, das 18—33 Tage nach dem Aussetzen des Mittels nicht mehr nachzuweisen ist. G r o ß hat Mergal in 15 Fällen von Lues verwendet. Das Mittel wurde gut ertragen; mitunter trat leichter Stuhl ein, in einem Falle sogar Diarrhöe, die aber durch temporäres Aussetzen beseitigt wurde. In der Wirkung des Mittels ist gegenüber der Schmierkur kein Unterschied festzustellen; nur scheint die des Mergals gelinder zu sein, so daß man entsprechend länger behandeln muß. — (Fortschr. d. Med. Nr. 16, 1907.)

10. H i r s c h hat seiner Mitteilung über das oben genannte Antisyphilitikum — eine 1%ige Lösung von Hg oxycyanatum, welcher nach einem patentierten Verfahren Akoin zugesetzt ist — nach weiterer reichlicher Anwendung des Präparats folgendes hinzuzufügen: Die Einspritzungen sind, Asepsis vorausgesetzt, in allen Fällen völlig schmerzlos und bleiben ohne Knotenbildung, wobei es gleichgiltig ist, ob man die Gesäßmuskeln oder das subkutane Gewebe am Rücken zur Injektion wählt. Im letzteren Falle scheinen die seitlichen Partien des Rumpfes für die Einpritzung am geeignetsten, weil sich die Haut dort am leichtesten abheben läßt, so daß man weniger Gefahr läuft, in die Kutis, statt unter dieselbe zu injizieren. Die „Injektion Hirsch" enthält 0·4% Akoin; ein Mehr an Akoin fällt sehr leicht aus der Lösung aus, ist aber auch zur Erreichung der völligen Anästhesie nicht notwendig. Es ist mit 1 cm³ bei Erwachsenen zu beginnen und die Dosis nach einigen gut vertragenen Injektionen auf 1·5 cm³ täglich oder in etwas größeren Pausen zu steigern. Bei dieser Behandlung wurde z. B. eine neben schwerer Iritis und Neuritis optici vorhandene Psoriasis syphilitica mit 20 Injektionen beseitigt. Bei Kindern mit hereditär-luetischer Ceratitis parenchymatosa beginne man mit 0·5 cm³ und steigere allmählich auf 1·0 bis zur 20. Einspritzung etwa. Gerade bei hartnäckigen Fällen von parenchymatöser Hornhautentzündung konnte H i r s c h die Ueberlegenheit der Injektionen im Vergleich zu den noch heute hiebei fast allgemein angewandten Inunktionen beobachten; die Heilung trat rasch und ohne Nebenwirkungen ein. Auch bei Erwach-

senen traten bei Anwendung des Präparats keine Vergiftungserscheinungen auf, außer hie und da einmal leichte Gingivitis, die nach Spülungen mit Tinct. myrrhae bald die Fortsetzung der Injektionen zuließ. Das Präparat verträgt eine Berührung mit Sublimat- und Karbollösung nicht, man muß deshalb Spritze und Kanüle mittelst Aq. dest. sorgfältig davon befreien. Man bewahrt die Kanülen, welche man mit Alkohol reinigen kann, am besten in Paraffin. liquid. (z. B. in einem Salbentopf) auf, um sie vor Rost zu schützen. — (Med. Klinik Nr. 25, 1907. Sonder-Abdr.)

11. Thalmann verweist auf seine vom kgl. sächs. Kriegsministerium herausgegebene Schrift: „Die Syphilis und ihre Behandlung im Lichte neuer Forschungen".

Vf. verweist auf seine vom königl. sächsischen Kriegsministerium herausgegebene Schrift: „Die Syphilis und ihre Behandlung im Lichte neuer Forschungen." Durch vergleichende Untersuchungen auf Syphilisspirochäten vor und in den ersten Tagen nach Beginn der lokalen und allgemeinen Quecksilberbehandlung an Primäraffekten und sekundären Hauteffloreszenzen habe er den Nachweis geführt, daß das Quecksilber hervorragend spirochätentötend wirkt. Durch die Feststellung, daß die Reaktion an Roseolen und Papeln in den ersten Tagen der Quecksilberbehandlung, die sogenannte Herxheimersche Reaktion, zusammenfällt mit einer Verminderung der Spirochäten, daß also der Prozeß schlimmer wird, während sich die Krankheitserreger vermindern, ergab sich, daß unter dem Einflusse des Quecksilbers die Spirochäten absterben, die an ihren Leibern haftenden Gifte, die Syphilisendotoxine, frei werden und diese Leibesgifte der Spirochäten, die Hyperämie, Rundzelleninfiltration, Gewebshypertrophie und Gewebsneubildung bedingen. Die Zerfallsprodukte der Spirochäten veranlassen im Körper die Bildung von spezifischen, spirochätentötenden Stoffen. Die Bildung dieser Antikörper setzt bereits während der Entstehung des Primäraffekts ein und wird nach wochenlangem Bestehen des ersten Exanthems auf den Reiz der massenhaft zerfallenen Spirochäten so hoch, daß Stillstand und Rückbildung der Erkrankung auch ohne Behandlung eintreten kann. Allmählich sinkt die hohe Immunität wieder ab und es kommt wieder zur Vermehrung der am Leben gebliebenen Spirochäten. Durch diese Abtötung der Syphilisspirochäten unter dem Einflusse des Quecksilbers kann im Anfange nach oben Gesagtem nach des Vfs. Ansicht eine Verschlimmerung der Krankheitserscheinungen eintreten. Es erklärten sich so in den ersten Tagen der Kur die Reaktion der Roseolen und Papeln, das Auftreten des Exanthems in manchen Fällen bei Frühbehandlung, die Verschlimmerung der Heiserkeit bei Laryngitis, das Auftreten der Iritis, das früher so rätselhaft war, die Vergrößerung tertiärer Herde, die akute Verschlimmerung in manchen Fällen von Paralyse und Tabes; es kann nach einem vom Vf. früher genannten Falle sogar bei kongenitaler Syphilis durch die spirochätentötende Wirkung des Quecksilbers der Tod eintreten infolge akuter Endotoxinvergiftung. Die Schädigungen im Anfange der Quecksilberkur lassen sich in der Hauptsache verhindern durch Jodkali, das die entzündlichen Gewebselemente und Syphilisgifte zur Resorption und letztere zur Ausscheidung bringt. Jodkali ist daher indiziert, wenn von irgend einem Orte des Körpers die entzündlichen Produkte der Syphilis und die syphilitischen Gifte schnell entfernt werden sollen. Die Wirkung der alten syphilitischen Kuren beruht nach Vf. hauptsächlich auf Ausscheidung der Gifte aus dem Körper.

Da die Sekundärerscheinungen der Syphilis, so harmlos sie auch in der Regel erscheinen, die schwersten Folgen nach sich ziehen können, hat Vf. als rationelle Behandlung der Syphilis die Frühbehandlung empfohlen, um die Verbreitung und Vermehrung der Spirochäten nach Möglichkeit im Körper zu vermindern, bezw. zu verhindern. Sobald die Spirochaete pallida im Primäraffekt nachgewiesen ist, hat die Lokal- und Allgemeinbehandlung mit Quecksilber sofort einzusetzen. Vf. führte die Injektionen von Sublimat unter den Primäraffekt in die Therapie ein, da

es auf diese Weise möglich schien, die Syphiliserreger vom Primäraffekt bis in die Drüsen zu erreichen und zu vernichten. Da bei Frühbehandlung die Immunität keinen hohen Grad erreicht, weil verhältnismäßig wenig Zerfallsprodukte von Spirochäten vorhanden sind und so nur wenig Antikörper gebildet werden, wurden zeitig einsetzende intermittierende Kuren für notwendig erklärt. Sind bereits Sekundärerscheinungen aufgetreten, so muß die Quecksilberkur sofort beginnen. Bei tertiärer Lues empfiehlt es sich, in der ersten Woche Jodkali allein zu geben, darauf ist zu gleicher Zeit Quecksilber anzuwenden; bei metasyphilitischen Erkrankungen ist ein Versuch mit Jodkali zu machen und bei eintretender Besserung eine Inunktionskur damit zu verbinden. Hereditär-syphilitische Kinder sind mit kleinen, allmählich steigenden Quecksilberdosen zu behandeln.

Nach seinen Ergebnissen muß Vf. unbedingt daran festhalten, daß die Lokal- und Allgemeinbehandlung nach Stellung der Diagnose durch Nachweis der Syphilisspirochäte im Primäraffekt sofort einzusetzen hat. Von 24 Mann, die bis zu 15 Monaten nach der Ansteckung beobachtet wurden und die teils lokal mit Kalomel, teils mit Sublimatinjektionen unter dem Primäraffekt und Kalomel, sämtlich aber allgemein mit Inunktionskur mit oder ohne Nasenquecksilberkur behandelt wurden, zeigten acht — vier injizierte und vier nicht injizierte — keine Sekundärerscheinungen. Vf. verbreitet sich dann weiter über die Frage, ob diese acht Mann als geheilt zu betrachten seien — hinsichtlich der am längsten Beobachteten nimmt er eine höchste Wahrscheinlichkeit für dauernde Heilung an — sowie über seine Beobachtungen bei den Fällen, bei denen nach der Frühbehandlung sekundäre Herde zur Entwicklung gelangten. Bei den Frühbehandelten traten nach Schluß der ersten Kur erstens die allgemeinen Herde stets zeitiger, und zwar oft schon nach sechs Wochen, in der Regel spätestens nach drei Monaten auf. Zweitens beschränken sich die ersten allgemeinen Symptome auf wenige Herde, stets auf viel weniger als bei Ausbruch von Allgemeinerscheinungen ohne vorherige Behandlung. Bei sieben von den neun mit subsklerosalen Sublimatinjektionen Behandelten fand sich die metastatische Erkrankung nur an einem Ort, und zwar in fünf Fällen auf den Tonsillen, je einmal auf dem Rücken und an der großen Zehe.

In der Regel zeigt sich dieser Solitärsekundäraffekt schon 6—8 Wochen nach dem Schlusse der ersten Kur und ähnelt sehr dem Primäraffekt. Die Verhinderung der Allgemeininfektion von dem Solitärsekundäraffekt aus läßt sich stets auch durch die rechtzeitig einsetzende Quecksilbertherapie verhindern, also durch die zweite Kur. In einem der angeführten Fälle fand sich vom Solitärsekundäraffekt aus eine typische Allgemeininfektion (Drüsenpaket an der rechten Halsseite und kleinfleckige, einzelnstehende Roseola), wie man sie beim Primäraffekt sieht. Dieser Fall lehrt, wie notwendig es ist, frühbehandelte Syphilitiker genau zu kontrollieren und rechtzeitig mit weiteren Quecksilberkuren einzusetzen; andernfalls wird in vielen Fällen der Erfolg der Frühbehandlung preisgegeben. Somit steht fest, daß der Solitärsekundäraffekt bei der Frühbehandlung der Syphilis eine große Rolle spielt, und daß derselbe wie der Primäraffekt einer lokalen und allgemeinen Behandlung unterworfen werden muß. Hier kommen an geeigneten Orten die Sublimatinjektionen unter den Sekundäraffekt in Betracht.

Vf. erklärt sich die Häufigkeit des Vorkommens dieses zweiten Affekts auf den Mandeln, analog den Schwierigkeiten, Krankheitserreger auf den Tonsillen, z. B. den Diphtheriebazillus, zu vernichten, damit, daß auch hier der Syphiliserreger die Quecksilberallgemeinbehandlung allein lebend überstehen kann. Er hat deshalb seit zwei Monaten eine prophylaktische Therapie eingeführt, indem während 8—14 Tagen der ersten Kur die Tonsillen, insbesondere die Lagunen, täglich einmal mit 1%igem Sublimatglyzerin gepinselt werden. Vf. bespricht dann des weiteren die Gründe, die für die frühere Refusierung der Früh-

behandlung vor der Schaudinn-Hoffmannschen Entdeckung des Syphiliserregers maßgebend waren. Bei normaler Fähigkeit der Bildung spirochätentötender Stoffe und sachgemäßer Therapie, bedeutet nach ihm das schnell einsetzende, aus einem oder mehreren sich vergrößernden Herden bestehende Rezidiv nur, daß vorher geringe Spirochätenverbreitung im Körper vorhanden war, aber nicht, daß die Therapie erfolglos war. Man hat nach Vf. im Gegenteil hier durch die Behandlung den Prozeß zu einem lokalen gemacht, und diese örtliche Erkrankung läßt sich natürlich viel leichter bekämpfen, als die allgemeine. Er verachtet durchaus nicht den Vorteil einer hohen Immunität, aber sie darf nicht erwirkt sein durch eine allgemeine Durchseuchung des Körpers und eine langdauernde allgemeine Vergiftung. Die Frühbehandlung zeigt noch andere Vorteile: Es bleiben die sekundären Erkrankungen an den Genitalien aus. Vf. hat bei keinem der mit Sublimatinjektionen unter den Primäraffekt Behandelten eine Sekundäraffektion an den Genitalien gesehen. Da es die nässenden Papeln an den Genitalien mit ihren enormen Spirochätenmengen sind, die in der Hauptsache die Infektion vermitteln, hat man hier die Möglichkeit, die Ansteckungsgefahr ganz außerordentlich zu verringern. Ferner hat man in der Frühbehandlung wahrscheinlich das Mittel, die kongenitale Syphilis einzuschränken. Die sekundären Erkrankungen Frühbehandelter betrafen nur Haut oder Schleimhaut, mit der einzigen Ausnahme eines Ergusses ins Kniegelenk, der unter Schmierkur und Jodkali in kurzer Zeit verschwand. Vf. erörtert nun weiter die Aussichten aktiver Immunisierungen; vorläufig ist man bei der Syphilisbekämpfung auf die alten Mittel Quecksilber und Jodkali angewiesen. Das letztere hat sich bei Anwendung nach der vom Vf. aufgestellten Indikation sehr gut bewährt. Es bringt die entzündlichen Produkte der Syphilis, wo sie auch vorhanden sein mögen, sehr rasch zur Resorption, doch kann seine Anwendung im Sekundärstadium nur zugleich mit Quecksilber von Erfolg sein. Bei der großen Zahl von Spirochäten in der sekundären Periode entstehen fortwährend durch Vermehrung und Zerfall derselben zahlreiche neue Gifte; die Resorption der Gifte nützt allein nichts, es müssen auch die Spirochäten, gegen die Jodkalium machtlos ist, abgetötet werden. Im tertiären Stadium kann Jodkali allein die Herde zum Verschwinden bringen, da hier die Vermehrung der Spirochäten eine sehr langsame ist; man muß aber im tertiären Stadium ohne Quecksilber bald ein Rezidiv bekommen, da allmählich infolge der weiteren Vermehrung der Spirochäten die Giftwirkung wieder zur Entzündung führt. Wenn noch ein Zweifel bestehen konnte, daß das Quecksilber die Spirochäten direkt abtötet, so hat der Erfolg der Frühbehandlung denselben beseitigt. Die Sublimatinjektionen unter den Primäraffekt haben sich auf das beste bewährt. Natürlich ist dadurch nur ein Vernichten der Spirochäten von der Sklerose bis zu den Lymphdrüsen möglich; wenn also die Infektion mehr als sechs Wochen zurückliegt und bereits eine erhebliche Verbreitung der Syhiliserreger auf dem Blutwege stattgefunden hat, so ist durch die Injektionen eine wesentliche Aenderung des Krankheitsverlaufes gegenüber den nicht injizierten Kranken nicht zu erwarten. Gleichwohl empfiehlt Vf. die Injektionen auch für diese Fälle, damit nicht in der Genitalgegend ein Spirochätendepot zurückbleibt. Auch im übrigen ist neben der allgemeinen Quecksilbertherapie die lokale Behandlung der primären und sekundären Herde von großem Nutzen. Der Umstand, daß Rezidiven bei Frühbehandlung dort nicht aufzutreten pflegen, wo die graue Salbe eingerieben wurde, hat Vf. auf den Gedanken gebracht, daß die Spirochäten zwischen den Epithelien am Leben bleiben, weil sie hier dem Einflusse der Immunkörper und des Quecksilbers entzogen sind und von hier aus Rezidive verursachen. Vf. hat immer die Inunktionskur teils mit, teils ohne gleichzeitige Nasenkur angewendet, einerseits, weil er vergleichbare Resultate haben wollte und anderseits, weil die Einreibungskur immer zuverlässig ist. Besonders energisch wirkt die Schmierkur,

wenn sie mit der Nasenquecksilberkur verbunden wird. 30% der Behandelten haben mehr als sechs Monate nach der Infektion noch keine Allgemeinerscheinungen gezeigt; bei den übrigen hat sich in der Hauptsache die sekundäre Syphilis auf einen oder mehrere Herde lokalisieren lassen. „Es gibt", sagt Vf. zum Schlusse, „nur eine rationelle Behandlung der Syphilis, das ist die Frühbehandlung." — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 13, 1907.)

Kinderheilkunde.

Tuberkulöse Kavernen beim Säugling. Von Henry Lhomme. Ref. Eugen Binswanger, München.

Den Kern der umfangreichen Arbeit von Lhomme bildet der Bericht über drei eigene Beobachtungen tuberkulöser Kavernen im frühen Kindesalter. Zwei dieser Fälle kamen im Alter von zehn, respektive elf Monaten zur Sektion, der dritte betraf ein bereits zweijähriges Kind.

Die beiden ersten Fälle weichen sowohl in klinischer als in anatomischer Beziehung in nichts von dem bekannten Typus letaler Säuglingstuberkulose ab, wie er sich aus den zahlreichen — dem Vf. allerdings scheinbar unbekannten — deutschen Publikationen auf diesem Gebiet ergibt. Diesen Beobachtungen zufolge muß das Vorkommen von Kavernen bei letaler Säuglingstuberkulose durchaus nicht, wie Lhomme meint, als Seltenheit, sondern als etwas sehr Häufiges bezeichnet werden. (So fand Referent unter 35 an Lungentuberkulose Verstorbenen, und zwar nur dem ersten Lebensjahr angehörigen Patienten des Dresdener Säuglingsheims, in 13 Fällen, also in mehr als einem Drittel, das Vorhandensein von Kavernen protokolliert. Die beiden jüngsten Beobachtungen betrafen sogar zwei erst in der zehnten, bezw. in der elften Lebenswoche verstorbene Säuglinge.)

Bemerkenswert erscheint die dritte der Beobachtungen des Vfs., ein zweijähriges Kind betreffend, und zwar mit Rücksicht auf eine starke Hämoptöe, welche bei diesem Kinde einen Monat vor dem Tode auftrat.

Lungenblutungen gehören ja bekanntlich zu den großen Seltenheiten im klinischen Bilde der Tuberkulose des frühen Kindesalters. Vf. zitiert aus der französischen und englischen Literatur acht einschlägige Beobachtungen, der jüngste Fall betrifft ein viermonatliches Kind.

Im Anschluß an seine Beobachtungen und die französische Kasuistik (im ganzen werden 39 Beobachtungen zitiert) bespricht Lhomme ausführlich die Aetiologie, Anatomie, Diagnostik und Prognose der kindlichen Tuberkulose und speziell der kavernösen Form derselben.

Der Sitz der Kavernen ist nach ihm vorzugsweise die rechte Lunge, und hier wiederum mit Vorliebe die Basis, selten die Spitze der Lunge. Die Kavernen sind meist zahlreich und klein, seltener wird das Vorkommen einzelner größerer Kavitäten beobachtet. Die klinischen Symptome sind trügerisch und wechselnd, die Diagnose sehr erschwert, oft unmöglich. Einen großen diagnostischen Wert spricht Lhomme der Hämoptöe zu, eine Behauptung, welche durch die große Seltenheit dieses Symptoms allerdings sehr eingeschränkt wird. Auch die Radioskopie nennt er unter den eventuell in Betracht kommenden diagnostischen Hilfsmitteln und erhofft von ihr „in geübten Händen" Nutzen.

Die Prognose ist nach Lhomme nicht absolut ungünstig, „weil es erwiesen ist, daß selbst das ganz junge Kind seine tuberkulösen Läsionen durch denselben sklerosierenden Prozeß zur Heilung bringen kann, wie der erwachsene Organismus". Dieser Behauptung möchte Ref., soweit sie sich wenigstens auf das Säuglingsalter im engeren Sinne bezieht, auf das entschiedenste widersprechen: anatomische Heilungsvorgänge bei Säuglingstuberkulose kennen wir nicht! So konnte z. B. Schloßmann bei jahrelanger Beobachtung eines großen Materials derartige Heilungsprozesse innerhalb des ersten Lebensjahres niemals beobachten. Analog berichten auch Hamburger und Sluka über das Material der Escherichschen Klinik.

Auch in den von Lhomme selbst zitierten 39 Fällen der französischen Kasuistik sucht man ganz vergeblich nach einer Stütze für diese auffällige Behauptung. Ganz im Gegenteil muß gerade in der eminenten Mortalität im Vergleich zu der geringen Morbidität das Hauptcharakteristikum der Säuglingstuberkulose erblickt werden. — (Thèse de Paris, 1906.)

---

15 Jahre Intubation. Von Dr. Paul Reich, Berlin. Ref. Dr. Hugo Nothmann, München.

Es werden die in den Jahren 1887 bis 1903 in der Münchener königl. Kinderklinik mit der in Deutschland hauptsächlich durch v. Ranke eingeführten, von Amerika übernommenen unblutigen Operationsmethode der Kehlkopfdiphtherie an der Hand zahlreicher Tabellen besprochen. Die Heilungschancen werden vom Säuglingsalter bis zu acht Jahren progressiv besser. Die vom 8. bis zum 12. Lebensjahre absinkenden Heilungsziffern werden durch die sehr geringe Zahl von Erkrankungen in diesem Lebensabschnitt bei bedeutender Intensität des Infekts erklärt. Die Einführung der Tube stößt im allgemeinen auf keine besonderen Schwierigkeiten, nur in 2% aller Fälle stellten sich ihr Hindernisse entgegen, wie: Larynxkrampf, Pseudomenbranen, Ansammlung von Schleim im Rachenraum und laryngospastische Anfälle, die bei Kindern mit spasmophiler Diathese gesetzmäßig durch den Eingriff ausgelöst werden. Nach Einführung der Tube kann durch Schleim, Membranfetzen eine Verstopfung der Tube und damit bedrohliche Atemnot zustande kommen. Ja, es können durch die vordringende Tube Membranteile losgelöst, knäuelartig zusammengerollt und auf diese Weise durch Sperrung des Luftzutrittes unverzüglich zur Todesursache werden. Bei manchen, durch schwere Infektion an ihrem Herzen geschädigten Kindern tritt infolge einer Art von Shokwirkung plötzlicher Exitus ein. Daher empfiehlt Vf., Patienten mit absteigendem Croup, die in kollabiertem Zustande zur Behandlung kommen, erst nach Kräftigung der Herztätigkeit zu intubieren, selbst wenn zurzeit schwerere Stenoseerscheinungen bestehen. Glatte Heilung nach einmaliger Intubation erfolgte in 24·3% der Fälle. Die mittlere Dauer der Tubuslage betrug $2^1/_2$ Tage. Es erwies sich im Laufe der Jahre die unterbrochene Tubusbehandlung als vorteilhafter, besonders mit Rücksicht auf die in 9·9% aller operierten Fälle auftretende Komplikation des Decubitus laryngis.

Vf. betont die Schwierigkeiten der Diagnosenstellung dieser Folgeerscheinung und er berücksichtigt daher in seiner Zusammenstellung nur die Fälle, die durch Sektion festgestellt waren, oder in denen auch durch sekundäre Tracheotomie Heilung nicht erzielt wurde. Durch diesen Berechnungsmodus ist natürlich die Zahl der vom Vf. berücksichtigten Fälle geringer, als es der Wirklichkeit entspricht. Zur Behandlung wird bei Fällen mit nur geringen Erscheinungen Fortführung der Intubation, bei stärkerer Tracheotomie mit möglichst am zweiten oder dritten Tage beginnender sekundärer Intubation empfohlen. Gerade durch die sekundäre Intubation wird der Entstehung narbiger Strikturen im Kehlkopf am sichersten vorgebeugt. Sekundäre Tracheotomie infolge Dekubitus oder Dekubitusverdacht, Erfolglosigkeit der Intubation, Spasmus glottidis oder als ultimum refugium bei absteigendem Croup erwies sich bei 15·7% aller Operierten als notwendig, während die primäre Tracheotomie in der Münchener Kinderklinik zu den „größten Raritäten" gehört. Die Gesamtmortalität der Operierten sank von 92% auf 62% in der Vorserum- und auf 27% in der Serumperiode. Als Kontraindikationen gegen die Intubation werden zum Schluß zusammengefaßt: 1. Hochgradige Schwellung der Rachenteile, des Kehlkopfeinganges, sowie der subglottischen Gegend; 2. Spasmus glottidis; 3. Tubusverstopfung mit bedenklicher Asphyxie, Unmöglichkeit, obturierende Sekretmassen durch ein- oder mehrmaliges Intubieren zum Aushusten zu bringen; 4. Schwierigkeit bei Einführung der kleinsten Tube bei jungen, schlecht entwickelten Kindern; 5. gut begründeter Dekubitusverdacht; 6. andauernder Ex-

pektorationsmangel bei geschwächten und erschöpften Kindern. (In diesen Fällen kann auch die Tracheotomie die tödliche Pneumonie nicht mehr aufhalten.) Nicht als Gegenanzeigen gelten nach Vf. septische Diphtherie, absteigender Croup und schon bestehende Lungenentzündung. „Intubation und Heilserum gehören nunmehr zum eisernen Bestand unserer Therapie beim Larynxcroup!“, so schließt R. seine ausführlichen Mitteilungen.

Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. — (Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. 15, H. 3 u. 4.)

Experimentell-klinische Untersuchungen über Hautblutungen im Kindesalter. Von Adolf A. Hecht. Ref. E. Fromm, München.

Vf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Mittelst dosierter Saugwirkung findet man die Hautgefäße bei Kindern je nach dem Alter und der Körperregion verschieden leicht zerreißlich.

2. Die venöse Stase begünstigt den Eintritt von Hautblutungen nur durch Steigerung des kapillären Blutdrucks.

3. Die hämorrhagischen Erkrankungen führen besonders an den Beinen zu nachweisbar leichterem Eintritt von Blutungen.

4. Ebenso die Skarlatina durch mehr als eine Woche während skarlatiniforme Exantheme diese Erscheinung nicht konstant, nicht so hochgradig und nur durch wenige Tage aufweisen.

5. Die Morbillen lassen bis in die Zeit der Pigmentierung hinein eine an die Effloreszenzen gebundene leichte Zerreißlichkeit erkennen, nicht so die Rubeolen.

6. Bei Diphtherie besteht eine deutliche Herabsetzung der Resistenz der Hautgefäßwandungen. — (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 65, Erg.-H.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Neuere Mittel und Anwendungsformen.

Nukleogen.

Ueber therapeutische Versuche mit Nukleogen berichtet J. Voigt, Göttingen. Durch ihren Gehalt an organisch gebundenem Phosphor hat die Nukleinsäure für die Phosphortherapie eine hervorragende Bedeutung bekommen. Die Nukleinsäure soll theorethisch einen Gehalt von 9·6% Phosphor aufweisen. Solange dieselbe aber aus der Thymusdrüse hergestellt wurde, gelang es nicht, sie chemisch rein zu gewinnen, sie enthielt nur 6—7% Phosphor. Erst dadurch, daß man die Hefezelle als Ausgangsmaterial für die Herstellung der Nukleinsäure benutzte, kam man dazu, ein Präparat zu gewinnen, welches den theoretisch geforderten Gehalt von 9·6% Phosphor aufwies. Die Nukleinsäure bildet, wie andere Säuren, mit Basen Salze. Unter diesen stellt das nukleinsaure Natrium eine leicht lösliche Verbindung dar, welche subkutan injiziert eine beträchtliche Hyperleukozytose erzeugt. Die naheliegenden Bestrebungen, die vorteilhafte Wirkung des Phosphors, respektive der Nukleinsäure mit derjenigen des Eisens und Arsens zu vereinigen, waren erfolgreich. Unter Verwendung der chemisch reinen Nukleinsäure ist es gelungen, ein Präparat herzustellen, welches die drei Elemente in organischer Verbindung, als Doppelsalze der Nukleinsäure mit Eisen und Arsen enthält. Das Molekül dieser Verbindung enthält 9·6% Phosphor, 5% Arsen und 15% Eisen. Voigt hat mit diesem von dem physiol.-chem. Laboratorium H. Rosenberg in Berlin hergestellten Präparat Versuche angestellt. Zur Verwendung kam dasselbe in Tablettenform; jede Tablette enthält 0·05 g der Doppelverbindung. Von der Anwendung der 0·1 g enthaltenden Injek-

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, erbeten.

tionen hat Vf. wegen der Schmerzhaftigkeit Abstand nehmen müssen. Dreimal täglich wurden zwei Tabletten vor der Mahlzeit gegeben; sie wurden stets ohne Widerwillen genommen. Ueble Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet, besonders auch keine Nierenreizung. Dagegen ist in allen Fällen eine wesentliche Besserung des Appetits als erste Einwirkung zu konstatieren gewesen. Vf. führt einige Krankengeschichten im Auszuge an, aus denen hervorgeht, daß die Anwendung des Präparats eine günstige Wirkung auf die Zahl der roten Blutkörperchen und den Hämoglobingehalt hatte. Nach den Erfahrungen Voigts scheint das Nukleogen neben einer zweckentsprechenden lokalen Behandlung zur schnellen Kräftigung der Kranken durch die Vereinigung von Eisen, Arsen und Phosphor beizutragen und trotz seines ziemlich hohen Preises (3 Mark für 60 Tabletten = 10 Tage) als Nähr- und Kräftigungsmittel beachtenswert zu sein. — (Der Frauenarzt Nr. 8, 1907.)

Jothion.

Ueber das Jothion berichtet Erich Richter in einer Dissertationsarbeit aus dem städtischen Krankenhause zu Kiel (Diss., Kiel 1907). Das von den Elberfelder Farbwerken im Jahre 1902 hergestellte Präparat enthält zirka 80% Jod in organischer Bindung und stellt eine schwach gelblich gefärbte, durchsichtige ölartige Flüssigkeit mit schwachem Jodgeruch dar; es ist fast unlöslich in Wasser, löslich in Alkohol, Oelen, Glyzerin und den üblichen organischen Lösemitteln. Am schnellsten wird reines Jothion oder eine Glyzerin-Alkohollösung resorbiert, während sich bei Anwendung eines Salbengemisches die Resorption verzögert. Der Schnelligkeit, mit der die Resorption des Jothion vor sich geht, entspricht auch die Gründlichkeit, mit der dies geschieht. Es ist nicht nötig, zur Applikation große Mengen des Medikaments anzuwenden, sondern schon bei ganz kleinen Mengen erfolgt eine deutliche Aufnahme von Jod in den Organismus. Es genügt zu einer Jodbehandlung, daß man dem Patienten zirka 3—5 g einer 50%igen Jothionlösung alle zwei Tage einreibt, womit man eine gründliche Jodüberschwemmung des Organismus erreichen kann. Es fehlen störende Nebenwirkungen bei der Anwendung des Jothion. Außerdem ist mit Sicherheit festgestellt worden, daß das Jothion bedeutend leichter vertragen wird als Jodkali. Da bei Einreibung in reinem Zustand oder mit Glyzerin und Alkohol verdünnt, an der Einreibungsstelle Brennen auftreten kann, benützt man eine Mischung von Jothion und Lanolin zu gleichen Teilen, wodurch alle Reizerscheinungen vermieden werden. Indiziert ist das Mittel bei: tertiär syphilitischen Prozessen, Geschwüren, gummösen Knochenaffektionen, ebenso auch bei chronischen inneren Erkrankungen, wie Asthma bronchiale, Bronchitis sicca, wobei es günstig wirkt, indem das Sekret sich besser löst und der Schwellungszustand der Schleimhaut nachläßt. Weiter ist auch für die Therapie der Arteriosklerose mit ihren Folgezuständen ein Erfolg einer Jothionbehandlung zu erwarten.

Sajodin.

Ueber Sajodin berichtet Otto Anacker in einer Würzburger Dissertation, 1907. Er hat genaue Untersuchungen — auch Selbstversuche — über die bei der Frage der Bewertung eines Jodpräparats so wichtige Resorptionsfrage angestellt und gefunden, daß bei nüchterner Verabreichung die Resorption verhältnismäßig spät beginnt und die Ausscheidungsdauer keine lange ist. Anders gestalten sich aber die Verhältnisse, wenn das Sajodin eine halbe Stunde nach der Mahlzeit verabreicht wird; in diesem Falle ist die Resorption eine schnelle und die Ausscheidung dauert sehr lange; dabei soll man keine ausgiebige Stärkediät geben, weil diese die Resorption des Jods verhindert, und ebenso soll man den Alkoholgenuß einschränken, weil der Alkohol beschleunigend auf die Jodausscheidung wirkt und so teils die Wirkung schwächt, teils die Gefahr des Jodismus steigert. Anackers Arbeit liegen 67 Fälle



zugrunde. Das Sajodin wurde meist in Dosen von 1 g 3 mal täglich gegeben, nur bei Lues bis 6 g. Als Vorzüge des Sajodins bezeichnet Vf. die Geruch- und Geschmacklosigkeit und das Fehlen von Magenerscheinungen (wegen der erst im Darm erfolgenden Spaltung). Wenn auch nicht alle Symptome von Jodismus bei seinem Gebrauch fehlen, so sind sie doch so wenig ausgesprochen und gehen in einer so milden Form vorüber, daß die Behandlung deshalb nicht ausgesetzt zu werden braucht. Interessant ist die mehrfach gemachte Beobachtung, daß in Fällen, in welchen zuerst die Jodalkalien auch in kleinen Gaben schon Jodismus hervorrufen, eine vorhergehende Medikation von Sajodin bewirkt, daß danach selbst größere Jodkaligaben gut vertragen werden. Auch bei Nervenkrankheiten und Arteriosklerose schien die Sajodindarreichung keineswegs der Darreichung von Jodkali nachzustehen; luetische Erscheinungen gingen nach Sajodin ebenso prompt zurück, wie nach Jodalkalien. Schwerere Erscheinungen von Jodismus wurden in den 67 Fällen nie, leichtere 4 mal beobachtet.

b) Pharmakologische Präparate.

Afridol blau und violett. Benzidinfarbstoffe zur Bekämpfung der Schlafkrankheit.

Agurin ist essigsaures Theobromin-Natrium und enthält 60% reines Theobromin. (10% mehr als Teobr. Natr. salicyl.). Weißes in H_2O leicht lösliches, hygroskopisches Pulver von etwas bitterem Geschmack. (Cave: Säuren, Zucker und Gummilösungen, welche unlösliches Theobromin ausfällen.) Ausgezeichnetes Diuretikum, welches keine nierenreizende Komponente enthält. Dosis 0·5—1 g 3mal täglich. Darreichung in Tabletten oder in Lösung mit einem aromatischen Korrigens (Pfefferminz- oder Zimmtwasser). — (Pharm. Post Nr. 32, 1907.)

Alexine heißen Granules aus Phosphorsäure, Eisen, Mangan und Zucker. Finden Anwendung bei Blutarmut und chronischer Gastritis.

Antikollamin heißt ein aus Natriumbenzoat, Natriumhippurat, Kalziumfluorid, Natriumkarbonat und Phosphaten zusammengesetztes Präparat, das überschüssige Harnsäure und andere Säuren im Blute neutralisieren soll.

Arhovin-Suppositorien, zur Behandlung von Mastdarmentzündung, bringt das Chem. Institut Dr. Horowitz in Berlin N. 24 in den Verkehr.

Aristol. Dijoddithymol, rotbraunes Pulver von schwachem, eigenartigen Geruch und neutraler Reaktion, Jodgehalt 45%; unlöslich in Wasser; leicht löslich in fetten Oelen, unter Hinterlassung eines Rückstandes. Vernarbungsmittel besonders bei Verbrennungen, Schenkelgeschwüren, Krampfadergeschwüren, bei eitrigen Ohren-, Nasen-, Rachenkrankheiten, bei kleinen Hautverletzungen usw. Bei Verbrennungen: Aristol 5 T., Olivenöl 20 T., Lanolin 75 T. Bei Hornhautgeschwüren und Kalkverätzungen am Auge: 10% sterilis. Aristolöl. Das Aristol darf behufs Lösung in Oel nur ganz schwach erwärmt werden.

Aspirin. Essigsäureester der Salizylsäure, weißes kleinkristallinisches Pulver von saurer Reaktion, in kaltem Wasser fast unlöslich. Geschmack angenehm säuerlich. Aspirin greift den Magen nicht an, passiert denselben fast vollkommen unverändert und gelangt erst im alkalischen Darmsaft zur Spaltung. Fast frei von unangenehmen Nebenerscheinungen (Ohrensausen, Uebelkeiten etc.). Aspirin schädigt die Herztätigkeit nicht. Bei Gelenk- und Muskelrheumatismus, Influenza, Neuralgien, Ischias, Rippenfellentzündung, Gicht usw. Dosis 0·5—1·0 g 4—5mal täglich; Kindern, dem Alter entsprechend, 0·3—0·5 g 3—4mal täglich; Phthisikern 0·2—0·3 g. Gleichzeitige Verordnung von Alkalien, auch alkalischen Mineralwässern, ist zu vermeiden! — (Pharm. Post Nr. 32, 1907.)

Dr. Voigts Asthmapulver besteht aus Stechapfelblättern, Tollkraut, indianischem Tabak (Hrb. Lobeliae) und Kaliumnitrat. Darsteller: Dr. Voigt, Fabr. chem. pharm. Präp. in Leipzig.

Brillantgrün, auch unter der Bezeichnung Malachitgrün G oder Diamantgrün G im Handel, bildet gold-



glänzende Kristalle, die sich in Wasser und Alkohol mit grüner Farbe lösen. Wendelstadt benützte wässerige Lösungen des Präparats mit Vorteil zur Bekämpfung der Tsetsekrankheit und zur Vernichtung der diese Krankheit verursachenden Nagana-Trypanosomen. Es wurde pro dosi 1 cm^3 der Lösung injiziert.

Chinaphenin. Chininkohlensäurephenetidid, weißliches Pulver, das sich schwer in Wasser, leicht in Alkohol, Aether, Chloroform und Säuren löst. Geschmackfreie Chinin-Phenetidin-Verbindung. Ersatz für die gebräuchlichen Chininsalze, ohne deren unangenehme Nebenwirkungen; bei Typhus, Malaria, Influenza, Neuralgien. Dosis: 0·7—1 g 1—3mal täglich. Keuchhusten: Dosis: 0·1—0·3 g 3mal täglich.

Cinnamylkakodylsäure besteht nach Crinon aus gleichen Teilen Kakodylsäure und Zimtsäure. Sie bildet weiße Kristalle, die sich wenig in Wasser und Glyzerin, leicht in Alkohol lösen. Die weingeistige Lösung wird durch Wasser zersetzt. Sie ist demnach ebenso wenig beständig wie Guajakolkakodylat.

Citarin. Anhydromethylenzitronensaures Natrium, weißes Pulver von schwachsaurer Reaktion; in kaltem Wasser sehr leicht löslich. Harnsäurelösendes Mittel gegen Gicht. Dosis: 2 g am ersten Tage 5—6mal — dann abklingend 4 bis 3—2mal täglich — in kaltem Wasser oder Mineralwasser gelöst. Bei heftigen Schmerzen mit Aspirin zu kombinieren.

Creosotal-Bayer. Kreosotkarbonat, gelbe, geruchlose, durchsichtige Flüssigkeit von öliger Konsistenz; unlöslich in Wasser, mischbar mit Alkohol, Aether und fetten Oelen. Durch Bindung an Kohlensäure entgiftetes Kreosot, frei von jeder Aetz- und Giftwirkung. Bei Lungenschwindsucht, Pneumonie, Bronchitis, Darmtuberkulose, Skrophulose der Kinder. Dosis: ½, ansteigend bis zu 5 Teelöffel voll täglich, rein oder in Wein, Kognak, Lebertran oder mit heißer Milch gemischt nach dem Abkühlen usw.

Dieteles Valeriana-Bromid. Wohlschmeckendes Brausepräparat, das Bromverbindungen und die wirksamen Bestandteile der Baldrianwurzel enthält.

Eisen-Somatóse. Fleisch-Albumosen mit 2% Fe in organ. Bindung. Hellbraunes, fast geruch- und geschmackfreies Pulver, in Wasser vollkommen klar löslich. Organisches Eisenpräparat. Enthält in leicht löslicher und leicht resorbierbarer Form die Eiweißstoffe des Fleisches (Albumosen) in organischer Bindung mit 2% Eisen. Kräftigungsmittel für Schwächezustände, bei Frauenkrankheiten, Entbindungen, in der Genesungszeit, bei Bleichsucht und Blutarmut. Dosis: Für Erwachsene 5—10 g täglich; Kinder im allgemeinen die Hälfte.

Elixoid. Angeblich aus Pinol, Teer, Terpentinhydrat, virginischer Kirschrinde, Tolubalsam und Brechwurzel hergestellte Flüssigkeit gegen Erkrankungen der Athmungsorgane.

Eumydrin. Atropiniummethylnitrat, weißes, geruchloses Pulver, in Wasser und Alkohol leicht, in Aether und Chloroform schwer löslich. Neuer Ersatz für Atropin, dessen gefährliche Wirkung auf das Zentralnervensystem es nicht besitzt, 50mal weniger giftig als Atropin. Augenpraxis 1—5%ige Lösungen. Innerlich bei Ileus, spast. Obstipation, Hypersekretion, Nachtschweißen der Phthisiker usw. 0·001—0·005.

Folia Cobreti Raimbuthii haben sich nach Dammermann bei Schwarzwasserfieber und Malaria, die durch Chinin ungünstig beeinflußt waren, bewährt. Es wurde auf den Tag eine Abkochung von 24 g zu 1500 g gegeben.

Heroin. hydrochloric. Salzsaurer Morphindiessigsäureester, weißes, geruchloses, neutrales Pulver von bitterem Geschmack. Löslich in 2 Teilen Wasser, sowie in 25 Teilen Alkohol. Beruhigungsmittel, speziell bei Erkrankungen der Luftwege. Bei längerem Gebrauche keine Angewöhnung zu fürchten. Dosis: Für Erwachsene 0·003—0·005 g 3—4mal täglich; für Kinder 0·0005 (½ mg) bis 0·0025 g 3—4mal täglich. Als Ersatz für Morphium zur subkutanen Injektion. Dosis: 0·003—0·01 g.

Lycetol. Dimethylpiperazintartrat, weißes, in Wasser leicht lösliches, ge-



ruchloses Pulver von angenehm säuerlichem Geschmack. Reaktion sauer. Wirksames harnsäurelösendes Mittel bei Gicht, chronischem Gelenkrheumatismus, Nieren- und Blasengries, Nierenkolik, Nierensteinen etc. Dosis: 1—1½ g 2mal täglich, gelöst in einer Flasche alkalischen Wassers (Apollinaris, Selzer etc.); gleichzeitige Einnahme von etwas kohlensaurer Magnesia (1½ g).

Oleum Cinnamomi cort. empfielt Roos zur Behandlung der Influenza. Zunächst werden 2mal 12 Tropfen Ol. Cinnamomi in einem halben Glase Wasser in einstündiger Pause gereicht, 2 Stunden später 10 Tropfen usw. ohne Unterbrechung, bis normale Körpertemperatur eingetreten ist. Die folgenden 24 oder 48 Stunden werden 3mal täglich 10 Tropfen verabreicht.

Proponal. Dipropylmalonylharnstoff. Farblose, kristallinische Substanz. Die wässerige Lösung schmeckt schwach bitter. In kaltem Wasser sehr wenig, in kochendem leichter löslich. Sehr leicht löslich in verdünnten Alkalien. Hypnotikum. Bereits in kleinerer Dosis als Veronal wirksame Erfolge auch bei Agrypnie infolge von Schmerzen. Darreichung alternierend mit Veronal empfehlenswert. Dosis: 0·3—0·5 g in heißem Tee oder Wein.

Dr. Weils Pulver gegen Epilepsie besteht aus 10% Hämoglobin und Azidalbumin, 84% Eisenbromid und 6% Enzianbitterstoffen. Fabrikant: Schwanenapotheke in Frankfurt a. M.

Salophen: Azetyl-p-amidosalol. Weißliches, kristallinisches, geruch- und geschmackfreies Pulver von neutraler Reaktion. Wenig löslich im Wasser. Antineuralgikum, Spezifikum gegen Influenza, ferner bei nervösen Kopfschmerzen, insbesondere bei Migräne, Ischias, Veitstanz u. s. f. Ohne jegliche Nebenwirkungen. Dosis: Influenza 1 g vier- bis sechsmal täglich; Neuralgien 1 g; wenn erforderlich, nach einer Stunde zu wiederholen.

Sulfonal-Bayer: Diäthylsulfondimethylmethan. Weiße vollkommen geruch- und geschmackfreie Kristalle. Fast unlöslich im Wasser. Bewährtes Hypnotikum, bei einfacher Schlaflosigkeit. Zusammen mit einer Tasse heißer Flüssigkeit, ein oder zwei Stunden vor dem Zubettgehen einzunehmen. Bei dauerndem Gebrauche muß den Tag über reichlich kohlensaures Wasser (1—2 Flaschen) konsumiert werden. Dosis: 1·25—1·5 g. — (Pharm. Post Nr. 32, 1907.)

Tablettae nucleinicae Richter. Eine Tablette enthält 0·15 g nucleinsaueres Natrium in chemisch reiner Form. Prophylaktikum vor Operationen gegen Sepsis, intern zu verabreichen.

Tetrametylammoniumformiat bildet farblose, hygroskopische, in Wasser leicht lösliche Kristalle, deren wässerige Lösung neutral reagiert, beim Erwärmen aber alkalisch wird. Nach Nanzetti wirkt das Präparat in kleinen Dosen belebend und Appetit anregend; in größeren Gaben löst es ähnliche Erscheinungen wie das Kurare aus. — (Pharm. Post, 1907.)

Tithen-Pillen enthalten angeblich 30% Ichthyolnatriumphosphat, 60% Pflanzenalkalien und 10% diuretisch wirkende Extraktivstoffe. Fabrikant: Apoth. Alex. Müller in Bad Kreuznach.

Trional: Diäthylsulfonmethyläthylmethan. Weiße, geruchfreie Plättchen vom bitterem Geschmack und neutraler Reaktion. In Alkohol und Aether ziemlich leicht, in Wasser schwer löslich. Bekanntes Hypnotikum. Dosis: 1·5 später 1·0 g in warmem Vehihel. Bei längerem Gebrauch gleichzeitig kohlensaures Wasser, eventuell leichte Abführmittel. — (Pharm. Post Nr. 32, 1907.)

Tuklinum heißt eine Formalinäthermischung, die bei Nasen- und Kehlkopferkrankungen Anwendung findet.

Urticolin. Extractum Urticae dialysatum, wird bei chronischer Urticaria angewendet. (Augusta-Apotheke, Berlin W.)

Valinervin (Sal bromo-valerianicum effervescens, brausendes Baldrianbromid) enthält in einem Meßglas 3 g der Erlenmeyerschen Bromsalze und 1 Teelöffel Baldrianfluidextrakt.

Veronal: Diäthylmalonylharnstoff. Kleine, geruchlose Krystalle von schwach bitterem Geschmack. In heißem Wasser leicht, in kaltem schwer löslich. Hervorragendes Hypnotikum und Beruhigungs-

mittel bei Erregungszuständen. Auch gegen Keuchhusten und zur Bekämpfung der Phtisikerschweiße. Dosis: 0·5 bis 0·75—1 g, am besten in warmem Tee gelöst. (Für Frauen und Kinder kleinere Gaben.) Bei heftigen Erregungszuständen 1—1·5—2 g. Dosis bei Keuchhusten 0·05 bis 0·1 g ein- bis zweimal täglich. — (Pharm. Post Nr. 32, 1907.)

Vinopyrin ist eine Weinsäureverbindung des p-Phenetidins. Dient als Migräne- und Kopfschmerzmittel.

Yohimbin-Phosphor-Strychnin-Tabletten „Rhome" stellen eine Kombination von Yohimbin, Calcium phosphoricum und Strychnin vor und werden bei sexuellen Neurasthenien und als Aphrodisiakum empfohlen.

c) Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel.

Athénsa ist eine Eisentinktur, die sich von der bekannten Tinct. Ferri Athenstaedt dadurch unterscheidet, daß sie keinen Alkohol, dafür aber etwas mehr Zucker enthält. Der Eisengehalt ist derselbe wie bei dem alkoholhaltigen Präparat. Darsteller: Athenstaedt & Redeker, chem. Fabr. in Hemelingen bei Bremen.

Elektrolytisches Eisenmalz von Th. Körner in Berlin ist nach Dr. Aufrecht wahrscheinlich ein Gemenge von 5% gewöhnlicher Salzsäure, 5% Eisenchloridlösung und 90% Malzextrakt.

Formalintannin, ein hellrosa Pulver, empfiehlt R. Schuhmacher in Greetsiel gegen Durchfall und Fußschweiß. — (Pharm. Post, 1907.)

Mandelmilch in Pastillenform besteht aus zwei Teilen feingeriebenen Mandeln und einem Teil Zucker. 12 Pastillen genügen zur Bereitung von 2 l Mandelmilch. Sie können auch zur Darstellung von Mandelemulsion und Mandelsirup verwendet werden.

Regulin-Tabletten (Helfenberg), 1 g schwer, 0·6 g Regulin enthaltend. In Glaszylindern zu 20 Stück. Diese Tabletten sind mit Zucker und Schokolade wohlschmeckend gemacht und können direkt, je nach Bedarf drei bis vier Stück nach jeder Mahlzeit gegessen werden. — (Pharm. Post, 1907.)

d) Mittel für äußerlichen Gebrauch.

Antisudrin. Fußschweißmittel, welches als wesentliche Bestandteile Tannoform, Talkum und weißen Bolus enthält.

Benzylium benzoicum, 25%, bringen Hoeckert & Michalowsky in Berlin als Peruolersatz und 100%ig als Peruscabinersatz in den Handel.

Dun, kommt in Form von Salbe, Zäpfchen und Pillen in den Handel. Die Salbe und Zäpfchen bestehen nach Angabe des Fabrikanten Hans Heiß in Darmstadt aus Cerat. resin. Pini 25·0, Cetaceum 25·0, Ol. Jecoris 15·0, Cera 4·5, Myrrha 0·5, Mel 4·0, Balsam. canadens. 2·0, Vitell. ovi 20·0, Sebum 4·0. Die Pillen bestehen aus der Salbenmasse und je 10% Succus und Rad. Liquiritiae.

Electrargol, Electraurol, Electroplatinol und Electropalladiol sind auf elektrischem Wege gewonnene kolloidale Metalle. Sie werden als bakterientötende Körper angewendet. Darsteller: F. Comar u. Fils & Co. in Paris.

Embrocinum mercuriale besteht aus einem Drittel Quecksilber und zwei Dritteln einer Mischung von Adeps benzoatus und Seife. Darsteller: P. Beiersdorf & Co. in Hamburg. — (Pharm. Post, 1907.)

Ennan heißen 1 g schwere Tabletten, die aus einer Verbindung des Kresols mit stearinsaurem Natrium unter Zusatz von Alkohol und freiem Alkali bestehen. In jeder Tablette 0·5 g Kresol. Desinfektionsmittel.

Eston und Formeston sind Tonerdeverbindungen, u. zw. ist Eston basisch essigsaure Tonerde und Formeston basisch essig-ameisensaure Tonerde. Hergestellt werden sie durch Erhitzung der Komponenten in geschlossenen Apparaten. Es sind feine, weiße, trockene, in Wasser nur schwer und langsam lösliche Pulver, gegen Licht und Luft indifferent und unbegrenzt haltbar. Die Präparate werden bei Hyperhydrosis, Wundlaufen und- reiben, Decubitus usw. empfohlen, sowie auch als

Schnupfpulver gegen Schnupfen und Nasenbluten. Die Anwendung im ersteren Falle geschieht als Streupulver in verdünnter Form (mit Talkum, Amylum etc. 10- bis 15%ig), seltener rein. Außerdem wird eine 10%ige Vaseline-, sowie eine 10%ige Lanolincreme hergestellt. Zur Behandlung von Hautkrankheiten, Ulcus molle, tuberkulösen Wunden usw. dient Peru-Eston, bezw. Peru-Formeston, ein trockenes Pulver aus 10% Bals. Peruv., 40% Eston, bezw. Formeston und 50% Talkum. Fabrikant: Fritz Friedländer, G. m. b. H. in Berlin. — (Pharm. Post, 1907.)

Formidin nennen Parke, Davis & Co. ein Kondensationsprodukt aus Jod, Formaldehyd und Salizylsäure, das als Methylendisalizylsäurejodid bezeichnet wird; rotgelbes Pulver, in Wasser, Alkohol und den üblichen anderen Lösungsmitteln unlöslich, in Berührung mit den alkalischen Ausscheidungen des Körpers spaltet es sich unter allmählicher Lösung in seine Bestandteile. Anwendung: An Stelle von Jodoform.

Heufiebermittel nach Borosini ist ein Nebennierenextrakt und kommt in Form steriler, 5%iger Lösungen in den Handel. Man tränkt damit etwas Watte und schiebt sie in die Nasenhöhle, bei Augenkatarrh werden ein bis zwei Tropfen täglich ins Auge geträufelt.

Jodin wird erhalten durch Einwirkung von Joddämpfen auf gereinigtes Fett der Erdnuß und stellt eine schwärzliche, ölige, unangenehm schmeckende, nach Fett riechende Flüssigkeit dar. Auftreten von Jodismus selten.

Lysan, ein neues Antiseptikum und Desinfektionsmittel, wird durch Einwirkung von Formaldehyd auf gewisse Terpene, bezw. diesem nahestehende Körper (Eucalyptol, Menthol, Eugenol etc.) und Lösen des Reaktionsprodukts in wasserhaltigem Alkohol hergestellt. Das Präparat ist in jedem Verhältnisse mit Wasser, auch mit Glyzerin und Alkohol klar mischbar. Fabrikant: Dr. Laboschin, Viktoriaapotheke, Berlin.

Natrium perboricum darf, wenn es zu Salben verarbeitet wird, natürlich nicht mit wasserhaltigen Stoffen in Berührung gelangen. Eine recht haltbare Salbe soll aus Natr. perboric. 4·0, Vaselin. alb. 20·0, Ol. Santali gtts. X erhalten werden. Wie alle Persalze, läßt sich auch das Natriumperborat zur Darstellung der Sauerstoffbäder (Ozetbäder) verwenden. Man löst das Natriumperborat in dem Bade, das eine Temperatur von 34 bis 32° C. haben soll, läßt den Patienten in das Bad steigen und gibt dann das als Katalysator wirkende Manganborat zu. — (Pharm. Post, 1907.)

Resorbol ist eine von der Lemberger chemischen Fabrik „Tlen" in den Handel gebrachte organische, sehr leicht resorbierbare Verbindung von Jod mit höheren Fettsäuren in Form von organischen Salzen; zeichnet sich durch hohen Gehalt an gebundenem Jod (10%) aus, stellt eine braune Flüssigkeit dar vom spez. Gew. 1·072, die kein freies Jod enthält und sich in jedem Verhältnisse mit Wasser und Alkohol mischt. Resorbol färbt weder die Haut noch Wäsche, läßt sich mit Wasser leicht abwaschen und mit anderen Präparaten, wie Salizylsäure, Ichthyol usw. kombinieren. Angewendet wird das Präparat bei Lymphadenitis, Lymphoma, Periostitis, Pleuritis, Perikarditis, Phlegmone, Akne, Neuralgie, Ischias, Myalgie usw. — (Oesterr. Zeitschr. f. Pharm., Nr. 37, 1907.)

Zinkonal besteht aus: 53% Zinkperoxyd, 8·76% aktivem Sauerstoff, 23·94% Zinkoxyd, 3·42% Kohlensäure (CO_2) und 15·19% Wasser. Anwendung: bei Impetigo contagiosa Ulcus molle und syphilitischen Papeln.

2. Behandlungsmethoden.

Behandlung der Oto-Sklerose mit dem faradischen Strom.

Zytowitsch hat in zahlreichen Fällen die Behandlung der Otosklerose mit dem faradischen Strom vorgenommen und dabei eine günstige Wirkung beobachtet. Die Geräusche in den Ohren verschwinden bei der Faradisierung entweder vollkommen oder werden so geringfügig, daß sie die Kranken nicht mehr belästigen. Die

Hörweite wird bei dieser Methode größer, hauptsächlich durch die Besserung der Schallaufnahme. Bei der Faradisation muß die Elektrode in die Mündung der Tuba Eustachii eingeführt und das Knöpfchen der Elektrode an die obere Tubenwand gedrückt werden; die zweite Elektrode soll am zweckmäßigsten auf den Platz zwischen Unterkieferwinkel und Proc. mastoideus aufgesetzt werden. Die Stromstärke muß individualisiert werden. Als Allgemeinregel ist zu empfehlen, daß der Strom so stark genommen werden muß, daß ihn der Kranke gerade noch aushalten kann. Jede Sitzung soll von 3—5 Minuten langer Dauer sein und mindestens dreimal wöchentlich wiederholt werden. — (D. Russ. med. Rundsch. Nr. 7, 1907.)

Sophol in der Augenheilkunde.

Auf dem XII. deutschen Gynäkologenkongreß zu Dresden zeigte v. Herff (Basel) an der Hand von Kurven die Abnahme der Ophthalmoblenorrhöe in der Stadt Basel seit Einführung der Credéschen Prophylaxe. Während früher 6·8‰ die jährliche Erkrankungsziffer vorstellte, fiel diese Zahl nach Credisierung mit Arg. nitric. auf 2·6‰ nach Einführung des Protargols sogar auf 0·6‰, in allerletzter Zeit verwandte nun v. Herff Sophol, ein von den Elberfelder Farbenfabriken hergestelltes neues Silberpräparat mit 20% Argentum und erzielte hiemit noch bessere Erfolge, als mit Protargol, indem nur 0·4‰ Erkrankungen auftraten. Das Sophol ist bei hohem Silbergehalt neben kräftiger bakterizider Wirkung vollkommen reizlos. Bei der Herstellung der Lösungen ist analog wie beim Protargol vorzugehen, d. h. die Lösungen sollen möglichst frisch und ohne Erwärmen bereitet werden. — (Ther. Ber. Nr. 8, 1907.)

Tuberkulininjektionen.

Einer Züricher Dissertation von Oskar Diem, über die an der Züricher Universitäts-Augenklinik ausgeführten Tuberkulininjektionen aus den Jahren 1898—1905 (Zürich 1906) liegen 32 ausführlich mitgeteilte Fälle zugrunde. Es wurde bis auf einen Fall, in dem neues Tuberkulin (T. R.) ohne positiven Erfolg zur Anwendung gelangte, altes Kochsches Tuberkulin (T. V.) injiziert. In mehr als der Hälfte der Fälle war ein Heilerfolg durchaus nicht zu konstatieren. In anderen Fällen war ein solcher zwar vorhanden, aber es war nicht sicher zu entscheiden, wie viel davon dem Tuberkulin zuzuschreiben sei und wie viel den übrigen sonst gebräuchlichen Heilmitteln.

Juckstillende Wirkung des Epikarin.

Ueber die juckstillende Wirkung des Epikarin berichtet Joh. Keizlar, Mysliceves. In einem Falle von hartnäckigstem Pruritus senilis, in dem die üblichen Mittel ohne jeden Erfolg zur Anwendung gekommen waren, wurde mit Epikarinsalbe ein prompter Erfolg erzielt. (Therap. Berichte Nr. 8, 1907). Epikarin ist β = Oxynaphthyl—o—Oxy—Toluylsäure.

Epikarin-Salbenrezept:

Rp. Epikarin 10·0
Ol. jec. asell. 5·0
Vaselin. flav. ad 100·0

S. Salbe.

Alkoholische Epikarinlösung:

Rp. Epikarin 2,0
Spirit. ad 20,0

D. S. Aeußerlich bei Herpes tonsurans.

Skopomorphin-Riedel als Sedativum.

Janson (Treptow) bringt in der neurolog.-psychiatr. Wochenschr. Nr. 25, 1907, eine kurze Mitteilung über Skopomorphin-Riedel als Sedativum. Als Versuchsobjekte dienten weibliche Kranke mit chronischer Unruhe (Fälle mit Dementia präcox, Manie etc.). Zunächst injizierte er bei fünf Kranken je ½ Spritze ohne jeden Erfolg. Weiterhin wurden dann nur noch ganze Spritzen injiziert (½ Ampulle Morphin. hydrochlor. 0·015 plus Skopolamin. hydrobrom. 0·0006) und zwar

in 29 Fällen mit Erfolg, d. h. es traten Beruhigung und tiefer Schlaf in 19 Fällen = 65 5% ein. Vf. bezeichnet die Ampullen als recht brauchbar für den praktischen Arzt, welcher zur Behandlung unruhiger Psychosen zugezogen wird; für öffentliche Irrenanstalten eignen sie sich zunächst weniger. Ueble Nebenwirkungen, insbesonders Erbrechen, wurden bei Anwendung des Skopomorphins vom Vf. niemals gesehen.

Bornyval in der gynäkologischen Praxis.

Als ein günstiges Indikationsfeld des Bornyvals bezeichnet Otto Abraham, Berlin, das Klimakterium mit seinen Beschwerden, speziell das Klimakterium präcox, welches nach Exstirpation des Ovarien entsteht. In sechs solchen Fällen will er eine ganz auffallende Besserung der Beschwerden mit Bornyval erreicht haben. Die Wallungen und der Schweißausbruch ließen nach, die psychische Erregbarkeit wurde gemildert. In zwei hochgradigen Fällen versagte das Mittel. Das Erbrechen in der Schwangerschaft hat Vf. in fünf von neun leichten Fällen mit Bornyval beseitigen können. Da das Erbrechen meist morgens eintritt, ließ er die Patientinnen im Bett liegend nüchtern eine Bornyvalperle einnehmen und erst eine halbe Stunde später aufstehen. Bei schwerer Hyperemesis versagte Bornyval ebenso wie die anderen Mittel. Psychische Alterationen in der Gravidität erfahren eine sehr günstige Beeinflussung durch Bornyval. Stets wurde es gut vertragen, wenn man es mit warmen Getränken hinunterschluckte. Wurde dies verabsäumt, so traten mitunter Magenbeschwerden darnach auf. Die vom Vf. verordnete Dosis war dreimal täglich eine Perle und zwar ließ er bei den Dysmenorhöen acht Tage vor dem Beginn der Menses mit der Medikation anfangen und sie bis zum dritten Tag der Menstruation fortsetzen, bei den Fällen von Amenorrhöe, Graviditäts- und klimakterischen Beschwerden wurde das Mittel monatelang gegeben, immer 14 Tage lang abwechselnd mit ebenso großer Pause. (Therap. d. Gegenw. Nr. 9, 1907.)

3. Rezeptformeln.

Zu Pinselungen der Rachen-, Nasen- und Kehlkopfschleimhaut verzeichnet von Strümpell folgende Mittel:

Argentum nitricum 1·0 : 15, 0—50·0 Aqua destillata.
Alaun und Acidum tannicum 5·0:25·0 Aqua destillata.
Tinctura Jodi, rein oder mit Alkohol verdünnt.
Borax 5·0 mit Glyzerin 25·0.
Reiner Alkohol.

Jod-Glyzerin:

Rp. Jodi puri 0·5
Kali jodati 2·5
Glyzerin 25·0
M. D. S. Aeußerlich.

Ergotin in Klysmenform.

Rp. Ergotini dialys. 5·0
Aq. dest. 35·0
Acid. salicyl. 0·1
Glyzerin 10·0

S. 1 Kaffeelöffel auf 2 Eßlöffel lauwarmes Wasser mittels Ballonspritze täglich einmal (am besten nach dem Stuhl zu geben). — (Klinik Schauta.)

Chronische Darmgeschwüre.

Rp. Bismuth. subn. 0·5 – 1·0
Opii 0·2
Sacch. alb. 0·3
M. f. pulv.

D. A. dos. Nr. XII. S. Zwei bis drei Pulver täglich. — (v. Strümpell.)

Akute und chronische Dyspepsie.

Rp. Resorcini puri 2·0
Aq. dest. 180·0
Sir. simpl. ad 200·0
M. D. In vitro nigro.
S. Zweistündlich ein Eßlöffel.

Pulvis Plumeri.

Rp. Hydrarg. chlorat. } āā 0·05
Stibii sulf. aurant. }
Sacch. pulv. 0·5
Rad. Alth. pulv. 0·2
M. f. pulv. D. t. dos. Nr. X.
S. Dreimal täglich 1 Pulver.

Bronchoblenorrhöe.

Rp. Ferri sulfurici 1·25
Kalii carbonici 1·5
Aq. Menth. crisp. 250·0
Myrrh. 4·0
Antea cum } Sacch. alb. } contrit. } āā 15·0

M. D. S. Umgeschüttelt viermal täglich ein bis zwei Eßlöffel. — (Griffith.)

Nervinum.

Rp. Aconitin 0·05
Extr. Hyosciami 1·0
Succ. Liquir. dep. 4·0

M. f. pil. Nr. L.
S. Zweimal täglich ein bis zwei Pillen.

Hämorrhoiden.

Rp. Chrysarobini 0·8
Jodofan. 0·3
Extr. Bellad. 0·6
Vaselini 25·0

M. f. unguentum.

Chronische Gonorrhöe.

Rp. Zinci sozojodolic. 1·5—2·5
Bism. salicylic. 2·0
Aq. dest. ad. 200·0

M. D. S. In Injektionen. — (Schwimmer.)

Pruritis analis oder vaginalis.

Rp. Butyr. Cacao 3·0
Cocain muriat. } Morph. muriat. } āā 0·02—0·03

M. D. S. Für ein Vaginal- oder Analsuppositorium.

4. Varia.

Die lokalanästhesierende Wirkung der Digitalin-Gruppe.

Ueber die lokalanästhesierende Wirkung der Digitalin-Gruppe hat S. Koritzky experimentelle Tierversuche angestellt. Im ganzen wurden 112 Versuche vorgenommen, in denen die lokale anästhesierende Wirkung von Adonidin, Helleborin, Convallamarin, Strophantin und Phrinin untersucht wurden. Die Mittel wurden teils in den Konjunktivalsack eingeführt, teils subkutan injiziert. 10—15 Minuten nach Einführung von Präparaten der Digitalin-Gruppe in den Konjunktivalsack resultiert sowohl bei Tieren wie beim Menschen eine völlige Empfindungslosigkeit der Konjunktiva und Kornea, die von $1^1/_2$—6 Stunden anhält. Bei Strophantin ist die Anästhesierungskraft und Dauer am größten, am geringsten bei Digitalin. Die anderen Präparate gruppieren sich ihrem Werte nach in folgender Ordnung: Convallamarin, Adonidin, Helleborin, Phrinin. Reizerscheinungen an den Augen, die sich in Gefäßinjektion des Bulbus und der Konjunktiva zeigen, sind bei bestimmter Konzentration der in den Konjunktivalsack eingeführten Lösung am stärksten ausgeprägt bei Strophantin, geringer bei Convallamarin, während bei Adonidin und Helleborin es oft zu Reizerscheinungen überhaupt nicht oder nur in geringem Grade kommt. Als jedesmalige Reizerscheinung wurde eine Pupillenverengerung beobachtet, wobei der Grad und die Dauer der Verengerung von der jeweiligen Konzentration der eingeführten Lösung abhing. Beim Menschen ruft die Einträufelung einer 1%igen Adonidin-Lösung schon nach 25 Minuten eine völlige Anästhesie des Bulbus und der Konjunktiven hervor, die 3—4 Stunden andauert. Hiebei wird als Reizerscheinung eine langandauernde Gefäßinjektion konstatiert und gewisse Sehstörungen: Sehen von regenbogenfarbigen Kreisen um eine Lichtquelle und ein gewisser Nebel um alle Gegenstände herum. Diese Erscheinungen fehlen bei schwächeren ($^1/_2$—$^1/_4$%igen) Lösungen, die aber eine kürzere Anästhesierungszeit ergeben. Die subkutane Injektion dieser Mittel ergibt bei Fröschen fast die gleiche Intensität der lokalen Anästhesie, am schnellsten tritt sie ein beim Adonidin und Strophantin, langsamer bei Helleborin und Convallamarin. Bei Hunden hängt das Eintreten und die Dauer der Gefühllosigkeit von der Konzentration der Lösungen ab; Strophantin und Helleborin



verursachen eine ausgeprägte Hyperämie und Oedem der Haut an der Injektionsstelle. Convallamarin und Adonidin haben nur eine geringfügige Reaktion. Beim Menschen ergibt die subkutane Injektion einer $\frac{1}{2}$—1%ige Lösung aller dieser Gruppenteile eine volle, lokale Anaesthesie, die ungefähr eine Stunde post Injektionem eintritt und 3–4 Stunden dauert. 2%ige Lösungen dieser Gruppe, direkt an Nervenstämme gebracht, paralysieren zuerst die sensiblen und dann die motorischen Fasern, wobei diese Reaktion am schnelltem beim Adonidin und Strophantin eintritt, bei Helleborin und Convallamarin viel langsamer. — (D. russ. med. Rundsch. Nr. 7, 1907.)

Bücher-Anzeigen.*)

Lehrbuch der venerischen Krankheiten. II. Teil. Von Dozenten Dr. Rudolf Matzenauer. Wien 1907. Verlag von Moritz Perles. 389 Seiten.

Von dem 1904 erschienenen I. Teil des Lehrbuches getrennt durch epochale Entdeckungen auf dem Gebiete der ätiologischen Syphilisforschung liegt uns heute der II. Teil vor.

Nachdem schon im I. Teil im Kapitel „Syphilisüberimpfungen auf Tiere" die erfolgreiche Uebertragung von Syphilis auf Schimpansen durch Metschnikoff und Roux erwähnt wurde, behandelt ein eigener Anhang im zweiten Teil die Impfexperimente von Neisser, Landsteiner und Finger, Lassar und Kraus.

Die vom Vf. in seiner Arbeit über die Vererbung der Syphilis bereits vertretene Anschauung von der ätiologischen Einheit aller Syphilisformen und der Infektiosität auch der Spätformen auf Grund klinischer Beobachtungen und theoretischer Erwägungen wird durch die gelungenen Ueberimpfungen von gummösen Produkten durch Finger einwandfrei erwiesen. Die in jüngster Zeit von Bertarelli ausgeführten Impfungen auf die Kornea von Kaninchen werden kurz erwähnt.

Ein eigenes Kapitel umfaßt die mikroskopische Differentialdiagnose und Färbetechnik der Spirochaete pallida und des Cytorrhyctes luis von Siegel.

Nach den Experimenten von Landsteiner und Finger wird der derzeitige Stand der Immunität mit der Möglichkeit der Superinfektion angegeben. Auch die verschiedenen serotherapeutischen Versuche, die schon vor der Entdeckung der Spirochaete begannen, werden bis auf die präventive Impfung von Kraus übersichtlich abgehandelt.

Die vom Vf. in einer Monographie 1903 bereits vertretene Ansicht: eine Vererbung der Syphilis in jedem Falle von einer syphilitischen Mutter ableiten zu können und die paterne Vererbung nicht annehmen zu müssen, wird mit genauer Beweisführung erörtert.

Wie bei den luetischen Erkrankungen, so wird auch bei der Besprechung des Ulcus molle und der Gonorrhöe besonderes Augenmerk auf Diagnose, Bemessung der Krankheitsdauer und Therapie unter Anführung der gebräuchlichen Rezepte gelegt, wodurch sich das Lehrbuch auch vortrefflich für den praktischen Arzt eignet.

Am Schlusse findet sich noch eine kurze Besprechung besonderer Genitalaffektionen, die dem Venerologen unterkommen, so der Nosokoiamlgangrän und des Ulcus chronicum elephantiasticum, die durch die reichliche persönliche Erfahrung des Autors illustriert wird.

E. Spitzer, Wien.

Die Orthodiagraphie. Ein Lehrbuch für Aerzte. Von Dr. Karl Francke in München. München 1906. Verlag von J. F. Lehmann. Mit 75 Abbildungen und 3 Tafeln. 96 Seiten. Preis broschiert 4 Mark, gebunden 5 Mark.

Mit seiner Abhandlung will Vf. dem Arzte ein Lehrbuch in die Hand geben und ihm vor Augen führen, daß diese neue Meßart bereits Bedeutendes zu leisten vermag und als wissenschaftliche Methode anerkannt werden

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.



muß. Vf. baut auf den grundlegenden Arbeiten von Moritz auf, dehnt aber die von diesem für die Herzbestimmung angegebene Methode auch auf die anderen Brustorgane (Lunge, Pleura, Zwerchfell) aus. Zwar — so sei gleich einschränkend bemerkt — ist auch die neue Meßmethode nicht völlig exakt; denn wir sind noch nicht imstande, die Ebene des größten Durchmessers des Organs zu erkennen, festzulegen und dann mit der Röhre und dem Zeichenschirm parallel zu stellen, aber trotz dieser Fehlerquelle können wir mit der Orthodiagraphie eine bis jetzt unbekannte genaue Organgrößenbestimmung gewinnen, und deshalb verdient sie in die Zahl der diagnostischen Methoden eingereiht zu werden. Während die Radioskopie die von einer feststehenden Lichtquelle ausgehenden Strahlen benutzt, bedient sich die Orthodiagraphie ausschließlich der parallelen Strahlen. Diese haben bei der Sagittalprojektion den kürzesten Körperweg zu durchdringen und ergeben so die deutlichsten Bilder. Vf. benutzt den Horizontal-Orthodiagraphen (Moritz) und den Vertikal-Orthodiagraphen mit einer Feststellvorrichtung. Francke bevorzugt die Durchleuchtung im Liegen und trägt die Grenzen der Organe mit einzelnen Punkten direkt auf Pauspapier auf, wobei stets beide Lungengrenzen und die linke Zwerchfellgrenze aufgezeichnet werden. Er hält für die Orientierung diese Linien für genügend und verzichtet auf die Eintragung einer Körpermittellinie (eventuell durch Auflegen von Metallstäbchen), da er nur bei ganz wenig Menschen beide Körperhälften völlig symmetrisch fand. Zur Aufnahme benutzt man stets die Atempause, da, abgesehen von den Organverschiebungen, das Herz ja auch in dieser Phase am größten ist. Zur Analyse der Orthodiagramme werden die einzelnen Punkte verbunden, Hilfslinien eingezeichnet, und zur Messung der Flächen sogenanntes Millimeterpapier unterlegt, dessen Quadrate zum Schlusse zusammengezählt werden müssen. Die Ergebnisse der eingehenden Untersuchungen des Vfs. über den Einfluß des Atmens, des Stehens und Liegens auf die Lagerung der Brustorgane zeigen, daß unsere bisherigen Anschauungen über diese Dinge in vielen Punkten fehlerhaft waren. Vf. behandelt die Orthodiagraphie des Herzens in einem besonderen Abschnitt; er stellt den Satz auf, daß jeder Körper sein eigen geformtes Herz habe. Die Herzgröße des gesunden Mannes ist im orthodiagraphischen Bild zwischen 94 und 125 cm^2, bei der gesunden Frau zwischen 85 und 118 cm^2. Vf. teilt eine Fülle neuer Beobachtungen mit. Bei Betrachtung der Lungen zeigt sich auch die große Ueberlegenheit der Orthodiagraphie gegenüber der Radioskopie. Die Orthodiagraphie läßt bezüglich der Form, Ausdehnung, Art und Größenschwankung der Erkrankung viel genauere Schlüsse zu. Die letzten Abschnitte des Buches behandeln die Bedeutung der Orthodiagraphie bei Pleuraerkrankungen (Exsudate, deren Steigen und Fallen, Pneumothorax, Wachsen von Abzessen und Tumoren) und den Wert der Methode, um den Stand des Zwerchfells im Brustraum, seine Verschiebung durch Atmung, Lungen- und Abdominalerkrankungen festzustellen. Die beigegebenen zahlreichen Orthodiagramme von Gesunden und Kranken erläutern die Ausführungen des Vfs. und lassen die große Mühe und Sorgfalt erkennen, mit denen alle diese Untersuchungen ausgeführt worden sind. In den Tabellen, eingeteilt in 45 Rubriken, werden die Ergebnisse der Organdiagrammessungen an je 50 gesunden Männern und Frauen mit Berechnung der Mittel- und Grenzwerte aufgeführt.

Klar, München.

Ueber Zystitis. Von Dr. Felix Schlagintweit in München-Brückenau. VII. Band, 4. Heft, der Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin. Würzburg 1907. Verlag von A. Stuber. Einzelpreis pro Heft 0·75 Mark.

Nach Besprechung der Aetiologie, pathologischen Anatomie und Physiologie schließt Schlaginweit die Arten der Zystitis, Anamnese und Untersuchungsmodus an, hieran reiht sich eine ausführliche Schilderung der Symtome unter Kommentierung einiger Krankheitsbilder sowie das Kapitel der Therapie. Die Broschüre ist namentlich zur raschen Orientierung über das Gesamtbild der Zystitis und ihre Behandlung sehr empfehlenswert.

Dr. Ott, Benediktbeuern.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Styptol bei Uterusblutungen.

Von **Cuthbert Lockyer,** M. D. — F. R. C. S. — M. R. C. P.
am Samaritan Free-Hospital for Women etc., London.

Meine Aufmerksamkeit wurde auf das unter der Wortmarke „Styptol" in den Handel kommende Mittel durch einen Aufsatz Witthauers, Halle (Zentralbl. f. Gynäkologie) gelenkt, über welche Arbeit ich auch im Journal of Obstetrics and Gynaecology berichtete. Seitdem habe ich das Präparat der klinischen Prüfung bei uterinen Hämorrhagien unterzogen mit den unten berichteten Resultaten.

Obwohl in der kontinentalen Literatur zahlreiche Mitteilungen über das Mittel existieren, sind mir bis jetzt nur zwei Arbeiten von englischen Beobachtern bekannt geworden, und zwar von M. Handfield Jones und S. Jervois Aarons.

Das Styptol, von Dr. H. Vieth, Ludwigshafen, im Jahre 1903 in die Therapie eingeführt, ist das neutrale phthalsaure Salz des Kotarnins, welch letzteres zuerst von Wöhler durch Oxydation des Narkotins mittels Mangandioxyd und Schwefelsäure dargestellt wurde. Es stellt sich als gelbes kristallinisches Pulver dar mit einem Gehalt von 75% Kotarnin, ist in Wasser leicht löslich und von schwacher alkalischer Reaktion, schmilzt bei 113° C. und hat die Zusammensetzung

$$(C_{12} H_{14} NO_3)_2 C_8 H_6 O_4$$

und ist verwandt mit dem Hydrostatin, welches Styptizin, d. i. das salzsaure Kotarnin, enthält.

Vieth unterscheidet zwei Gruppen von uterinen Hämostaticis: 1. Diejenigen, welche hauptsächlich auf die Uterusmuskulatur wirken und durch Kontraktion derselben die Blutung einschränken. Die Hauptvertreter dieser Gruppe sind Ergotin und Gossypin. 2. Solche, welche das Gefäßsystem direkt beeinflussen, wie Hydrastis und Adrenalin. Beim Gebrauche des Ergotins muß man eingedenk bleiben, daß dasselbe neben der Uteruskontraktion den Blutdruck steigert und bei kontinuierlicher Anwendung auch gewisse Nebenwirkungen, wie z. B. Gangrän, zur Folge hat. Diese unerwünschten Effekte des Ergotins führten zuerst zu einem ausgedehnten Gebrauche des Hydrastis bei der Behandlung von Menorrhagien, während das Ergotin hauptsächlich für die Blutungen post partum und post abortum reserviert blieb. Aber Hydrastis, als ein vasokonstriktorisches Mittel, bedingt Anstieg des Blutdruckes, Pulsverlangsamung und beschleunigte Atmung. Nebenbei schmeckt es unangenehm, verursacht leicht gastrische Störungen und Appetitverlust. Diese Nachteile der üblichen uterinen Hämostatika waren der Anreiz, nach einer Substanz Umschau zu halten, welche blutstillend wirkt ohne schmerzhafte Uteruskontraktion und ohne schädliche Allgemeinwirkungen. Als Ideal erschien ein Präparat, welches nicht nur hämostatisch, sondern gleichzeitig auch sedativ wirken sollte, und vom Styptol wird behauptet, daß es diese Forderungen erfülle.

Die physiologische Wirkung des Styptols wurde von Vieth, Mohr, Abel in Berlin, Chiappe und Ravano an Bossis Klinik in Genua studiert. Dieselben stimmen darin überein, daß dem Styptol nicht nur mächtige blutstillende, sondern auch sedative Effekte zukommen. Man hätte annehmen sollen, daß das Styptol als Opiumderivat seine hämostatische Wirkung auf zentralem Wege entfalte, doch Vieth stellt fest, dies sei nicht der Fall, nachdem es den Blutdruck nicht steigere; er sieht die uterine Hämostasis als rein lokale Wirkung an und stützt

diese Auffassung durch den Nachweis, daß Styptol bei externer Applikation durch Vasokonstriktion hämostatisch wirke. Weiter stellt er fest, daß Styptol, nach Aufnahme in die Blutbahn, die Eigentümlichkeit habe, bloß die Gefäße des Urogenitalapparats zu verengern, und zwar wahrscheinlich durch Reizung des lokalen vasomotorischen Nervenplexus. Die Gefäße des übrigen Organismus sollen unbeeinflußt bleiben und deshalb steige der Blutdruck nicht an. Daher ist auch die Tatsache abzuleiten, daß Styptol trotz seiner prompten Wirkung auf Uterusblutungen, Hämoptoë und Hämatemesis nicht stillt.

Die uterine Hämostase, welche das Styptol entfaltet, ist beiden Komponenten des Salzes, also dem Kotarnin und der Phthalsäure, zuzuschreiben. H. Jones zweifelt an dem Werte des Kotarnins als Sedativum, was seine klinischen Beobachtungen in auffallenden Gegensatz zu den physiologischen Untersuchungen Mohrs bringt, welcher auf Abels Anregung eine Reihe von Tierexperimenten vornahm. Mohr fand, daß in Dosen von 0·1—0·2 g pro Kilogramm Körpergewicht Hunde und Katzen Mattigkeit, doch kein anderes Symptom zeigten; in größeren Gaben jedoch entfaltete es eine ausgesprochen sedative Wirkung und Koordinationsstörungen (Ataxie der vorderen Extremitäten). Die Wirkungen bei gradueller Steigerung der Dosis sind: Mattigkeit, sedative Wirkung, Exzitation, respiratorische und allgemeine Lähmung, Tod. Abel sagt, daß auf die Herzaktion das Styptol wirkungslos bleibe.

Aus Mohrs Experimenten an schwangeren Kaninchen geht die wichtige Tatsache deutlich hervor, daß der Uterus durch Styptol für Reize weniger empfänglich wird. Diese Herabsetzung der Reizbarkeit der uterinen Nerven ist eine Indikation für die Verabfolgung des Mittels bei spastischer und kongestiver Dysmenorrhöe. Wenn es also durch klinische Beobachtung erwiesen werden kann, daß Styptol gleichzeitig als uterines Hämostatikum und Sedativum wirkt, so hätten wir ein Präparat, welches eine ganz einzige Stellung im Arzneischatze einnimmt und bei drohendem Abortus gefahrlos gegeben werden könnte. Um Giftwirkungen auszulösen, müßten sehr große Dosen gegeben werden und Mohr hat auch erwiesen, daß durch kontinuierlichen Gebrauch keine Gangrän erzeugt werden kann.

Vom Gesichtspunkte der Alkaloidwirkung ist die Toxizität des Styptols auffallend niedrig, niedriger als die des Ergotins. Wenn Vieth Recht behält, dann ist es eine Substanz von spezifischer selektiver Wirkung auf die uterinen Nervenplexus, auf welchem Wege sie lokale Gefäßverengerung und Milderung uteriner Schmerzen zustande bringt. Da sie aber keine Uteruskontraktionen auslöst, sollte sie weder gegen Blutungen post partum, noch bei irgend welcher anderer Gelegenheit verwendet werden, wo dauernde Kontraktion der Uterusmuskulatur anzustreben ist.

Die ersten klinischen Versuche wurden von Katz auf der Abelschen Klinik in Berlin angestellt. Das Präparat wurde in Dosen von 0·05 g in Form der Originaltabletten drei- bis fünfmal täglich verabreicht und folgende Indikationen für dessen Anwendung festgestellt: 1. Schwere menstruelle Blutungen ohne anatomische oder pathologische Basis (Virgines und Nulliparae). 2. Gewöhnliche klimakterische Blutungen. 3. Blutungen während der Schwangerschaft. 4. Blutungen bei Myomen. 5. Sekundäre Blutungen bei Erkrankungen der Adnexe oder des Beckenbindegewebes. Doch ist gerade bei diesen Erkrankungen ein Versagen wahrscheinlich und die operative Entfernung der Ursache die einzige Heilungsmöglichkeit. 6. Blutungen bei inoperablen Karzinomen. Hier kommt auch die lokale Anwendung des Mittels in Betracht. 7. Bei Dysmenorrhöe, rät Elischer, das Styptol in der intermenstruellen Periode zu 3 Tabletten täglich zu geben, um vorzeitiges Erscheinen der Menses zu verhüten.

Abel spricht sich nach Behandlung von 300 Fällen dahin aus, daß das Styptol alle älteren uterinen Hämostatika übertrifft und daß seine deutliche sedative Komponente von besonderem Vorteil ist. Auch Jacoby legt auf letzteres Wert.

Er schreibt bei Dysmenorrhöe viermal täglich 2 Tabletten, bei schweren Fällen 12 Tabletten pro die vor. Wie weit meine Erfahrungen mit denen der genannten Autoren übereinstimmen, ergibt sich aus den folgenden 30 mit Styptol behandelten Fällen.

Dysmenorrhöe. — 9 Fälle.

1. A. M., 22 Jahre alt, ledig. Dysmenorrhöe und Menorrhagien seit Beginn der Menses. Der Schmerz setzt sieben Tage vor der Blutung ein und hält die ersten drei Tage der Menses an. Die Intervalle sind regelmäßig 7 Tage, 14 Tage, 21 Tage. Dauer der Menses eine Woche und mehr. 23 Tücher werden gewöhnlich für eine Periode verbraucht. Vaginale Untersuchung nicht vorgenommen. 3 Tabletten Styptol täglich. Die Kranke schreibt: Ich habe von den Tabletten großen Nutzen gehabt und leide nicht mehr so an Kreuzschmerzen wie vorher.

2. E. M., 22 Jahre alt, ledig. 15. November 1905: Klagen über Schmerzen bei den Regeln seit zwei Jahren. Schmerz und Menses erscheinen zusammen. Der Schmerz ist krampfartig und ruft Erbrechen und Diarrhöen hervor, sonst besteht Obstipation. Leukorrhöe. Phenazetin und Duschen bis 1. März 1906, dann zweimal monatlich Periode: 3 Tabletten Styptol täglich. Patient mit dem Erfolge zufrieden.

3. M. S., 37 Jahre alt, verheiratet seit elf Jahren; sechs Kinder; letzte Geburt vor neun Monaten; kein Abortus. Schmerzen in beiden Ovarialgegenden. Menses alle drei Wochen, reichlich. Uterus verdickt, beweglich, weich; Zervix links eingekerbt; reichlicher Zervikalkatarrh; kein Descensus des Beckenbodens beim Pressen. 11. April 1905 Kurrettement. 7. Februar 1906: Klagt über Dysmenorrhöe und Menorrhagie. Periode dauert zehn Tage, sehr schmerzhaft, 3—4 Tücher werden täglich gebraucht. Dreimal täglich 1 Tablette Styptol. 18. Mai 1906 viel besser. Bei weiterem Styptolgebrauch Befreiung von Schmerzen, geringere Blutung.

4. V. P., 19 Jahre alt, ledig. 20. Juni 1906. Alle 14 Tage Blutungen mit Schmerzen. Dauer der Menses zwei Tage. Der Schmerz sitzt im Kreuze, in beiden Lenden und Hypogastrien. Mit 15 Jahren menstruiert, immer schmerzhaft. Verschlimmerung in der letzten Zeit: der Schmerz geht den Menses einige Stunden voran. Befund: Vordere Scheidenwand beim Pressen herabsteigend, Muttermund weich, Uterus infantil. Styptol verlängert das Intervall auf drei Wochen, doch der Schmerz bleibt bestehen. Dilatation.

5. M. H., 25 Jahre alt, ledig. 20. Juni 1906. Dysmenorrhöe; Chlorose. Mit 15 Jahren menstruiert, immer schmerzhaft. Der Schmerz beginnt am zweiten Tage der Menses; dieselben blaß, spärlich. 3 Tabletten Styptol täglich. Der Schmerz wurde vollkommen beseitigt. Patientin erschien seit 12. September 1906 nicht mehr, an welchem Tage sie erzählt, daß sie seit dem Gebrauche der Tabletten keine Schmerzen mehr hatte.

6. A. H., 34 Jahre alt, verheiratet seit sieben Jahren. 16. Mai 1906. Eine Geburt im siebenten Monate vor sechs Jahren (Querlage); ein Abortus vor drei Jahren. Seit der Entbindung Schmerzen im Hypogastrium und in beiden Leisten. Reichlicher gelber Ausfluß; 21. Juni Menses: große Schmerzen, Gerinnsel, Harndrang; Obstipation, Uterus verdickt; Zervikalkatarrh; Fornices frei; Endometritis. Styptol, 1 Tablette dreimal täglich. 28. März 1907: Patientin fühlt sich bedeutend erleichtert.

7. F. W., 19 Jahre alt, ledig. Seit zweieinhalb Jahren Dysmenorrhöe. Der Schmerz setzt mit den Menses ein, nicht vorher, Blutung sehr reichlich; Fetzen wurden manchmal gesehen; der Schmerz kontinuierlich, nicht anfallsweise. Patientin hatte von den Tabletten keinerlei Erfolg.

8. M S., 38 Jahre alt, verheiratet seit acht Jahren, zwei Kinder. Mit 15 Jahren menstruiert; Regeln dauerten immer eine Woche, doch waren sie bis vor sechs Monaten schmerzlos; jetzt bei Beginn jeder Periode heftiger Schmerz mit Erbrechen und Kongestionen. Styptol 3 Stück pro dosi. „Wirkt zauberhaft, könnte die Tabletten unter keiner Bedingung entbehren."

9. E. W., 28 Jahre alt, verheiratet seit vier Jahren. 2. Mai 1906. Niemals schwanger. Schmerz in der linken Leiste; reichlicher weißer Fluß; blutet seit fünf Wochen unter starken Schmerzen; Uterus antevertiert; linkes Ovarium tief liegend und empfindlich. Diagnose: linksseitige Salpingo-Oophoritis und Endometritis. 3 Tabletten Styptol täglich, Duschen. 26. März 1907 bedeutende Besserung.

Zusammenfassung: Von diesen neun Fällen wurden sieben von ihren menstruellen und ovarialen Schmerzen befreit, zwei nicht. Einer der Mißerfolge betraf einen infantilen Uterus, der andere eine Dysmenorrhoea membranacea.

Neubildungen. — 7 Fälle.

1. F. Ç., 33 Jahre alt, sieben Jahre verheiratet, niemals gravid. 9. März 1904 Klage über hypogastrische Schmerzen und profuse Menses. Uterus antevertiert; subseröses Fibroid der hinteren Wand. Ergotingebrauch seit einem Jahre ohne Einfluß auf die Blutungen. Februar 1906 Styptol. Blutverlust weit geringer. Unter Styptol schrumpft das Fibroid. 28. März 1906: Seit dem Styptolgebrauch deutliches Nachlassen der Blutungen — keine Periode seit fünf Wochen. Das Fibroid fast bis zur Unkenntlichkeit verkleinert.

2. M. T., 37 Jahre alt, 13 Jahre verheiratet; sechs Kinder. 27. Juni 1906. Letzte Entbindung vor 18 Monaten; eine Fehlgeburt vor drei Jahren, Blutungen seit fünf Wochen. Mattigkeit, Kreuzschmerzen. Unregelmäßig gestaltetes Fibroid, rechts drei Querfinger über das Schambein hinaufsteigend. Styptol von Juni bis September 1906. Patientin berichtet brieflich: „Bedeutende Besserung in den ersten zwei Wochen, nach der letzten Schachtel völlig geheilt."

3. E. S., 24 Jahre alt, drei Jahre verheiratet, keine Kinder. 8. November 1905. Kopfschmerzen, Kreuzweh, Leukorrhöe, ...; Menses sehr profus; Uterus anteflektiert, $2^1/_2$ Zoll nach vorwärts reichend. Links ein intraligamentäres Fibroid. 10. Jänner 1906: Der Hauptanteil reicht mehr an die Beckenwand heran und scheint mehr fixiert; kann nicht seitlich, wohl aber in der Vertikalen verschoben werden. 24. Jänner 1906: Heftiger Schmerzanfall in der linken Fossa iliaca; kein Erbrechen. Der Tumor schmerzhafter als vorher; sehr obstipiert. 14. Februar 1906: Menses sehr reichlich, die Periode dauert neun Tage; viel Schmerzen; keine Ueblichkeiten; sehr obstipiert. 3 Tabletten Styptol täglich. 13. Juni 1906: Blutung und Schmerzen geringer; Fibroid von Orangengröße. 19. Dezember 1906: Fibroid von der gleichen Größe wie vorher, aber Schmerzen viel geringer. Besserung.

4. A. H., 36 Jahre alt, ledig. Aorteninsuffizienz und großes Fibromyom des Uterus, welches bis zum Nabel reicht. Menses alle 14 Tage, 24 Tücher, kein Schmerz. Der Herzfehler vor $2^1/_2$ Jahren zuerst konstatiert, zu welcher Zeit die Menorrhagien einsetzten, progressive Verschlimmerung. Styptol bleibt ganz nutzlos; ebenso alle anderen Hämostatika.

5. A. C., 57 Jahre alt, 38 Jahre verheiratet, drei Kinder. Fibroid des Uterus 1899 konstatiert, welches andauernd zunahm, bis es 1902 den Nabel erreichte. Während der nächsten drei Jahre Verkleinerung des Gewächses, bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse. 1905 hörten die Menorrhagien auf, doch vor sechs Monaten (November 1906) Wiederbeginn derselben. Gleichzeitig ward der obere Pol der Neubildung weicher und eine Schwellung erschien in der linken Lende. Starke Schmerzen in Becken und Mastdarm, per anum entleert sich Blut. Styptol hatte keinen Effekt weder auf den Schmerz, noch auf die uterine und rektale Blutung. Bei der Operation fand sich ein sarkomatöser Bezirk im Fibroid und ein Hypernephrom im unteren Pole der linken Niere, eine parovariale Zyste von Enteneigröße im linken Ligament. lat. Nach Entfernung der Tumoren glatte Heilung.

6. E. C., 28 Jahre alt, drei Jahre verheiratet, kinderlos; ein Abortus vor zwei Jahren. Schmerzen hinter der rechten Hüfte beim Gehen, keine Leukorrhöe, Menses regelmäßig, aber schmerzhaft. Der Schmerz strahlt vom Sakrum gegen die Hüften, Leisten und Oberschenkel aus. Obstipation. Fibromyom des Uterus, bis in halbe Nabelhöhe reichend, median gelegen, von der vorderen Uteruswand ausgehend, beweglich, Fundus retrovertiert.

7. F. D., 34 Jahre alt, 14 Jahre verheiratet, ein Kind im Alter von 13 Jahren; kein Abortus. Schmerzen in beiden Leisten und in der Kreuzgegend; seit einem Monat tägliche Blutungen; Menses vorher vollkommen regelmäßig; Leukorrhöe; Dysurie; sehr obstipiert. Bei Reposition des retroflektierten Uterus fühlt man im Cav. Douglasii eine glatte Ovarialzyste von Orangengröße. Styptol, 3 Tabletten täglich, mit dem Erfolge, daß die Hämorrhagie stand und der Schmerz nach einem Monat verschwand.

Bei Blutungen infolge vorgeschrittenen Karzinoms habe ich das Styptol nicht angewendet, da auch das Kalziumchlorid in solchen Fällen niemals im Stiche ließ. Die zwei Mißerfolge der obigen Beobachtungsreihe sind leicht begreiflich. In dem einen war das Fibroid in sarkomatöser Umwandlung begriffen, in dem anderen verhinderte die schwere Herzaffektion den Erfolg.

Kranke Adnexe. — 8 Fälle.

1. A. L., 22 Jahre alt, 14 Monate verheiratet, ein Kind, eine Fehlgeburt mit Kraniotomie. 3. Jänner 1906. Kreuzschmerzen und Menorrhagien (19 Tücher — große Blutklumpen). Zervix quer gespalten. Derber, empfindlicher, entzündlicher Streifen in der Basis des rechten breiten Mutterbandes. Ergotin einen Monat lang erfolglos gebraucht, dann Styptol, welches die Blutung stillte. Patientin wurde darauf gravid, abortierte im zweiten Monate, zu welcher Zeit sie den Gebrauch der Tabletten unterbrochen hatte. Der Abortus war unvollständig und Plazentareste wurden im Spital entfernt. Hierauf neuerliche Schwangerschaft, bei der letzten Untersuchung, 26. September 1906, im dritten Monat.

2. M. G., 29 Jahre alt, vier Jahre verheiratet, ein Partus vor elf Monaten. Im Wochenbett drei Wochen febril. Jetzt Schmerzen in der linken Leiste und Kreuz; seit der Entbindung kontinuierliche blutige Sekretion; Menses am 21. Juli 1905 21 Tücher verbraucht. Obstipation, Harndrang. Uterus beweglich; linkes Ovarium zystisch, empfindlich; Caruncula vascularis. 20. September 1905: Styptol. 4. Oktober 1905: Weniger Blut im Ausflusse. 24. Jänner 1906: Blutungen per rectum, doch sind die menstruellen Blutungen in den vier Monaten des Styptolgebrauches viel geringer. 25. Juli 1906: Im vierten Monat der Gravidität. Blutungen aus dem Rektum fortdauernd.

3. O. D., 40 Jahre alt, 22 Jahre verheiratet; vier Kinder, eine Fehlgeburt; die letzte Schwangerschaft (vor vier Jahren) endete mit Abortus. Seit vier Monaten Metrorrhagien; Zervix vergrößert; Erosion der hinteren Lippe; linkes Ovarium vergrößert, emppfindlich; Salpingo-Oophoritis. Nach Styptol Blutungen aufgehört; in den Intervallen der Periode normal.

4. M. S., 41 Jahre alt, 25 Jahre verheiratet; neun Kinder. 29. November 1905. Letzte Geburt vor 15 Jahren. Seitdem drei Abortus. Kreuzschmerzen und Schmerz in der linken Fossa iliaca seit drei Jahren. Vor der Periode immer schlechter; rechte Niere beweglich, Menses sehr unregelmäßig, 16, 21, 24 Tage; schmerzhaft. Zervix steinhart; Uterus durch pelvine Entzündung halb fixiert. Metrorrhagien nach zweimonatlicher Styptolbehandlung sistiert.

5. F. E., 29 Jahre alt, zehn Jahre verheiratet, fünf Kinder; das jüngste drei Jahre alt. Drei Abortus. Sakrale und pelvine Schmerzen; Metrorrhagien; retroflektierter Uterus empfindlich, durch perimetritische Adhäsionen fixiert. Nach neuntägigem Styptolgebrauch Blutung sistiert, einen Monat darauf nicht wieder erneuert (29. März 1907).

6. M. M. L., 25 Jahre alt, 14 Monate verheiratet. Niemals gravid. Pelvine Schmerzen seit sechs Monaten; seit 14 Tagen reichliche Blutung; kleiner retrovertierter Uterus; rechte Tube stark vergrößert. Nach einer Woche Styptolgebrauch Blutung sistiert; jetzt sind die Menses regelmäßig. Patientin nimmt (Mai 1907) Styptol noch weiter.

7. L. B., 40 Jahre alt, 13 Jahre verheiratet; zwei Kinder. Letzte Entbindung vor acht Jahren. Kein Abortus. Kontinuierliche Blutung seit vier Monaten. Keine Schmerzen, doch sehr geschwächt; es gehen Klumpen ab. Ostium uteri klaffend; Uterus vergrößert; Salpingo-Oophoritis. 20. Juni 1906: Styptol. Blutung dauert noch zehn Tage an, dann sistiert sie vollkommen. 18. Juli 1906: Blutung wiedergekehrt, steht nach acht Tagen. Patientin berichtet: Die Behandlung sehr erfolgreich. Doch vermag sie nicht zu entscheiden, ob die Tabletten oder die Duschen die Blutung stillten.

8. L. D., 30 Jahre alt, ledig. 17. Jänner 1906. Schmerz in der linken Fossa iliaca; Meno- und Metrorrhagien. Uterus klein, beweglich, empfindlich; linkes Ovarium prolabiert; Salpingo-Oophoritis. Patientin schreibt: „Ich hatte sehr großen Erfolg von dem Gebrauche der Tabletten."

Diese Fälle genügen, um zu zeigen, daß in den frühen und milderen Stadien der tubalen und ovarialen Entzündung Styptol eine günstige Wirkung in der Be-



kämpfung der sekundären Menorrhagien ausübt. Dies beruht zweifellos darauf, daß solche Läsionen stets mit präexistenter Endometritis verbunden sind, und ist es die letztere, welche von dem Hämostatikum günstig beeinflußt wird. Es ist selbstverständlich, daß bei groben Veränderungen, wie z. B. Pyosalpinx und Ovarialabszeß, Styptol nicht indiziert ist und nichts außer operativem Vorgehen von irgend einem Werte ist.

Vergrößerungen des Uterus (Subinvolution, Metritis, Endometritis). — 7 Fälle.

1. B. S., 34 Jahre alt, sieben Jahre verheiratet; ein Kind, fünf Abortus. 7. März 1906. Seit dem letzten Abortus (im dritten Monat, Jänner 1906) Blutungen. Uterus vergrößert, beweglich, Muttermund geschlossen. Styptol seit 7. März 1906. Während des Gebrauches dauert die Blutung noch drei Wochen, sistiert dann und kehrt nicht wieder.

2. E. N., 30 Jahre alt, neun Jahre verheiratet; vier Kinder, kein Abortus; letzte Entbindung vor vier Monaten. Schmerzen in der linken Fossa iliaca; Dyspepsie, Erbrechen; stillt ihr Kind, doch Menorrhagie während des Stillens. Endometritis und Erosion des Zervix. Styptol, Pinselung des Zervix mit Phenol. Erhebliche Besserung.

3. C. O., 54 Jahre alt, ledig. Leichte Blutung aus der Vagina; Harn normal; Menopause vor zehn Jahren; senile Vaginitis, Uterus leicht vergrößert; Tube und Ovarium in den Douglas prolabiert. Unter Styptol steht die Blutung.

4. J. E. P., 44 Jahre alt, 28 Jahre verheiratet. Regeln sehr stark; bis vor zwei Monaten regelmäßig; die letzten drei Wochen tägliche Blutverluste; keine Schmerzen, anämisch. Muttermund klaffend, Uterus verdickt, Fornices frei. Die Blutung steht in der ersten Woche des Styptolgebrauches, erscheint nach einer Woche für einige Tage wieder, dann sistiert. Die Behandlung wird noch einen Monat fortgesetzt.

5. M. L., 40 Jahre alt, ledig. Metrorrhagie; vor zwei Jahren Kurettement; keine Besserung. Muttermund klaffend, Uterus nicht verdickt. Ergotin 14 Tage gebraucht, doch erfolglos. Styptol wird sechs Wochen gegeben, bis endlich die Blutung steht. Die Patientin bemerkt: Die Tabletten halfen mir mehr als alles andere, was ich früher getan.

6. A. H., 34 Jahre alt, sieben Jahre verheiratet. 16. Mai 1906. Menorrhagien, Leukorrhöe; häufiger Harndrang; Obstipation; Uterus vergrößert; Zervikalkatarrh; Endometritis. Blutung durch Styptol verringert. Patientin fühlt sich sehr gebessert.

7. E. D., 35 Jahre alt, zwölf Jahre verheiratet; vier Kinder, ein Abortus im zweiten Monat, vor drei Tagen. Schmerzen im Unterleib; Blutung. Uterus vergrößert, Ostium geschlossen, retiniert. Styptol einen Monat lang. Die Kranke berichtet, nachdem sie vom 21. März bis 2. April die Tabletten genommen, sei eine knorpelige Substanz abgegangen und die Blutung sofort gestanden.

Meiner Meinung nach ist Styptol besonders bei entzündlichen und kongestiven Veränderungen des Uterus wertvoll, und obwohl ich nur 7 Fälle zitierte, ist dies dennoch die Krankheitsgruppe, wo ich das Präparat am meisten verwende. Es hat sich auch bei der Menorrhagie junger Mädchen ohne nachweisbare Abnormität bewährt und auch bei drohendem Abortus der ersten Monate, vor der Dilatation des Os uteri. Ich bin nicht sicher, ob nicht eine „Styptol"-Gewöhnung erworben werden könne, aber ich habe wiederholt bemerkt, daß die Kranken zu den Tabletten zurückzukehren wünschen, wenn dieselben aus irgend einem Grunde ausgesetzt wurden. Es scheint ein Bedürfnis zu erzeugen, welches ich der zweifellos sedativen Wirkung zuschreibe. Eine meiner Kranken wandte sich direkt an die Erzeuger (Knoll & Co.) um 12 Tuben Styptol, welche sie natürlich nicht erhielt. Es ist ein Präparat, welches in mäßigen Dosen längere Zeit ohne üble Folgen, abgesehen etwa von dieser Gewöhnung, genommen werden kann. Von seinem Werte als uterines Hämostatikum und Sedativum habe ich mich gründlich überzeugt. Obwohl ich in den obigen 30 Fällen nur 1 Tablette pro dosi (mit einer Ausnahme — Dysmenorrhöe, Fall Nr. 9) verwendete, fand ich es nichtsdestoweniger öfters notwendig, 6—12 Stück täglich zu verordnen. Styptol hat sich sicherlich seinen Platz unter den wertvollsten uterinen Hämostatika und Sedativa errungen.

Literatur.

1. Woehler, Annalen der Chemie und Pharmacie, Nr. 1, L. — 2. Mohr, Therapie der Gegenwart, Nr. 8, 1905. — 3. Abel, Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 34, 1905. — 4. Chiappe und Ravano, Arch. ital. di Ginecologia, Nr. 2, 1904. — 5. Katz, Therapeutische Monatshefte, Juni 1903. — 6. v. Elischer, Wiener med. Wochenschrift, Nr. 32, 33, 1904. — 7. Freudenberg, Der Frauenarzt, März 1904. — 8. Toff, Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 24, 1904. — 9. Jakobi, Therapie der Gegenwart, Juni 1906. — 10. Handfield Jones, Folia therapeutica, Jänner 1907. — 11. V. Rambdohr, New-York med. Journal, March 1907. — 12. Aarons, Gynaecol. Journal, Februar 1907.

REFERATE.

Innere Medizin.

Infektionskrankheiten.

1. Die Therapie des Scharlachs. Von B. Schick, Wien. Ref. Eugen Binswanger, München.

2. Zur Therapie des Scharlachs, speziell der septischen Formen. Von Alfons Kramer, Dorpat. Ref. Eugen Binswanger. München.

3. Das Mosersche Serum als Heilmittel bei Scharlach. Von Langowoi und Eggis. Ref. Fritz Loeb, München.

4. Die Prophylaxe der Scharlachnephritis. Beobachtungen von 300 Scharlachfällen, welche mit Urotropin, Hexamethylen-Tetramin und Metramin behandelt wurden. Von H. P. Thompson, Edinbourg. Ref. Eugen Binswanger, München.

5. Die Nachkrankheiten des Scharlach. Von B. Schick, Wien. Ref. Eugen Binswanger, München.

6. Zur Behandlung der epidemischen Zerebrospinalmeningitis. Von A. Balduzzi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

7. Die Genickstarre und ihre Behandlung mit Bierscher Stauung und Lumbalpunktion. Von Dr. Vorschütz. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

8. Die Bedeutung der die Parotitis komplizierenden Orchitis in der Aetiologie der Impotentia generandi. Von St. Rebaudi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

9. Zervikaladenitis in Beziehung zu Mundinfektion. Von Dr. Donoghue, Boston. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

10. Durch Bakteriengifte erzeugte Haut- und Schleimhautblutungen. Von J. Heyrovsky. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

11. Ein Beitrag zur Bakteriologie des rheumatischen Fiebers. Von Dr. Beattie, Edinburgh. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

12. Ueber Koliinfektionen. Von Fehling. Ref. G. Wiener, München.

13. Zur Therapie der Sepsis. Von F. Maier, Ludwigshafen. Ref. G. Wiener, München.

14. Klinisch-experimentelle Studie über das Maretin. Von G. Fiorio und G. Zambelli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

15. Die Wirkung des Sonnenlichts auf pathogene Bakterien. Von R. Wiesner, Wien. Ref. F. Perutz, München.

16. Forschungen über die bakterizide Tätigkeit der Becquerel-Strahlen. Von G. d'Ormea. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

17. Ein kasuistischer Beitrag zur Anwendung des Atoxyls bei Malaria. Von Dr. Grosch, Pyrmont. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

1. Die Ausführungen Schicks sind das Resumé jahrelanger eigener Beobachtung und Erfahrung dieses Autors an dem überreichen Scharlachmaterial der Universitätskinderklinik in Wien. Wenn sich auch inhaltlich diese Publikation Vfs. in vielem mit seinen Ausführungen über das gleiche Thema im Pfaundler-Schloßmannschen Handbuche deckt, so müssen wir doch diese Veröffentlichung an dieser, der Allgemeinheit leicht zugänglichen Stelle aufs freudigste begrüßen. Denn die kurzen Mitteilungen Schicks zeigen uns diesen Autor neuerdings als einen jener seltenen Kliniker, welche die Fähigkeit besitzen, gerade das für den Praktiker Wichtige aus ihren klinischen Beobachtungen zu extrahieren, und so dazu berufen sind, ganz besonders fruchtbringend auf das ärztliche Handeln zu wirken.

Schicks Ausführungen, die selbst je

eine Art Auslese darstellen, eignen sich nicht zur auszugsweisen Darstellung. Ganz besonders sei aber auf die Beschreibung der prophylaktischen Maßnahmen beim Scharlach hingewiesen. Hier gibt uns Schick so praktische und brauchbare Ratschläge über das „Wie" der Isolierung in kinderreichen Familien, wie wir sie in allen Monographien und Lehrbüchern vergeblich suchen. Für besonders wertvoll hält Referent den Vorschlag Schicks, die Scharlachpatienten in den Spitälern nach der Dauer der Krankheit geordnet, in verschiedenen Räumen unterzubringen, so daß nicht frische Erkrankungen mit den zu Entlassenden in einem Zimmer zusammen sind: „Denn unter solchen Umständen ist der Entlassene vielleicht gar nicht mehr als Scharlachkranker selbst Träger der Infektion, sondern nur als dritte Person, da er Infektionsmaterial der Scharlachabteilung mitschleppen kann." Vf, schlägt daher vor, die Scharlachfälle vielleicht in drei Gruppen räumlich zu trennen, und zwar in 1. frische Fälle (erste und zweite Krankheitswoche), 2. in Fälle der dritten und vierten Woche, 3. in Fälle der folgenden Wochen. — Zwischen den einzelnen Gruppen wären reinigende Bäder und Wäschewechsel einzuschieben, und so durch eine „fraktionierte Desinfektion" des Patienten die Infektionsmöglichkeit nach der Entlassung herabzusetzen.

Bezüglich der allgemeinen und symptomatischen Therapie sei auf den Originalartikel hingewiesen. Vf. weist uns dabei einen Weg, der sich ebenso vom Nihilismus als von Polypragmasie fern hält. Besonders anerkennen möchten wir, daß auch jedes Schematisieren vermieden ist, da fast keine Maßregel empfohlen wird, ohne daß gleichzeitig Hinweise auf deren individualisierende Modifikation gegeben werden.

Ueber die Mosersche Serumtherapie faßt Schick sein Urteil dahin zusammen, daß er auf Grund seiner mehrjährigen Anwendung an der pädiatrischen Klinik zu Wien — bekanntlich dem Ausgangspunkte dieser Entdeckung — von dessen Wirksamkeit überzeugt ist. Wer selbst Gelegenheit hatte, die strenge Kritik und vorsichtige Auswahl nur der schwerst toxischen Fälle, wie sie Vf. übt, zu kontrollieren, und den Verlauf gerade dieser schwer toxischen Fälle mit und ohne Moser-Serum zu beobachten, der wird sich wohl — wie Referent — diesem günstigen Urteile Schicks über die Wirkung des Moser-Serums aus eigener Ueberzeugung anzuschließen in der Lage sein. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 23, 1907.)

2. Kramer will durch seine Publikation die Allgemeinheit mit einer Behandlungsmethode des Scharlachs bekanntmachen, die er sich im Laufe der Jahre ausgebildet hat, und seit deren Anwendung er „eine ganz bedeutende Herabsetzung der Mortalität" hat feststellen können. Das wesentliche dieser Behandlungsmethode faßt er selbst dahin zusammen: „Neben den allgemeinen Vorschriften über Luft, Licht etc. lasse ich vom ersten Tag an stündlich eine Formaminttablette geben, die der Patient langsam im Munde zergehen lassen muß. Vom dritten bis vierten Tag an zwei- bis dreistündlich — so lange, bis die Temperatur normal geworden ist, respektive die Tonsillen keinerlei pathologischen Befund aufweisen. Ferner lasse ich per Pulverisator dreistündlich Jodol-Zucker-Einblasungen machen, lege von vornherein warme Kompressen um den Hals, und lasse — sobald ich den Eindruck einer septischen Mischinfektion habe — Dauerklistiere einer Kochsalzlösung mit Formalin (Schering, 1—3 Tropfen je nach dem Alter des Kindes) applizieren. Außerdem verordne ich recht strenge Diät, bestehend aus Milch und Reisschleim."

Das Hauptsächlichste der Kramerschen Scharlachbehandlung wäre demnach die Anwendung des Formaldehyds als Formaminttabletten und Formalinklystier.

Eine Mitteilung darüber, wie er sich die Beeinflussung gerade der septischen Prozesse beim Scharlach durch 1 oder 2 Tropfen Formalin in der Gesamtflüssigkeitsmenge des Dauerklysmas vorstellt, gibt uns Kramer leider nicht. — (St. Petersb. med. Wochenschr., Nr. 6, 1907.)

3. Auf Grund ihrer Erfahrungen an 400 mit Moser-Serum behandelten Scharlachfällen kommen Langowoi und Eggis zu folgenden Ergebnissen: a) Bei Behandlung schwerer Scharlachfälle wird der Sterblichkeitsprozentsatz durch das Mosersche Heilserum von 47·4 auf 16·1 herabgedrückt. b) Das Heilserum hat hauptsächlich Antitoxineigenschaften. c) Auf die Komplikationen des Scharlachs wirkt es sehr wenig. d) Das Heilserum soll im Laufe der ersten drei Tage, spätestens am vierten Tag eingespritzt werden. e) Die Temperatur fällt desto kritischer, je früher das Heilserum eingespritzt wurde, bei komplizierten Fällen fällt die Temperatur langsamer. f) Bis jetzt hat man noch keine genaue Dosierung des Heilserums und man spritzt auf einmal 200 cm^3; für ganz kleine Kinder muß man eine Ausnahme machen; es genügen Dosen von 100—150 cm^3 vollständig. g) Die Individualität der verschiedenen Pferde hat einen großen Einfluß auf die Konzentration des Serums, so daß man Serum von verschiedener Kraftwirkung bekommen kann. h) Bei Komplikationen von Scharlach mit Diphtherie und gleichzeitigem Gebrauch von Moserschem und Antidiphtherieserum war ein guter Effekt zu konstatieren, obgleich weniger in die Augen fallend, als bei reinem Scharlach. i) Die prophylaktischen Injektionen bestätigen die Schlußfolgerungen Mosers. k) Gegen die Anwendung des Mittels spricht die Häufigkeit der durch dasselbe hervorgebrachten Komplikationen und deren Schwere, infolge der großen zu infizierenden Flüssigkeit. — (Russ. med. Rundsch., Nr. 1, 1907.)

4. Thompson hat bei seinen 300 klinisch beobachteten Scharlachfällen in 47 Fällen Urotropin, in 137 Hexamethylen-Tetramin und in 26 Fällen Metramin als Nephritis prophylacticum angewandt, während 90 nichtmedikamentös behandelte Kinder zur Kontrolle dienten. Er kommt dabei zu dem Resultat, daß sich Hexamethylen-Tetramin und Metramin zu dem angegebenen Zweck nicht eignen. Dagegen hatte die Verabfolgung von Urotropin die günstige Wirkung, daß unter den 47 damit behandelten Kindern keines an Nephritis erkrankte, während die gleichzeitig beobachteten Kontrollkinder eine Nephritisfrequenz von 8·8% aufwiesen. Thompson glaubt sich daher zur Empfehlung des Urotropins als Nephritisprophylaktikum berechtigt. Er gibt es dreimal täglich in Dosen von je 0·3 g bei Kindern bis zu 12 Jahren. Aeltere erhalten dreimal täglich zirka 0·5 g. Die Behandlung hat sich nach Thompson über die ersten 28 Krankheitstage zu erstrecken. — (The Edinbourg. med. Journ., Febr. 1907.)

5. Mit der vorstehenden Publikation hat Schick die Reihe seiner Scharlacharbeiten um eine wertvolle vermehrt.

Binswanger hat schon an anderer Stelle Gelegenheit genommen, darauf hinzuweisen, wie sehr gerade die Schickschen Arbeiten verdienen aus der überreichen Literatur über kindliche Infektionskrankheiten herausgehoben zu werden. In seinen Arbeiten findet ein ganz erstklassiges Material einen würdigen Beobachter.

Dem Kenner der Pirquet-Schickschen Scharlachmonographie im Pfaundler-Schloßmannschen Handbuche bringt die vorstehende Studie nur teilweise Neues. Unter den post-scarlatinösen Erkrankungen versteht Vf. außer den bekannten Affektionen der Nieren und Lymphdrüsen:

1. Fieber ohne Befund,
2. Endokarditis,
3. Rheumatische Affektionen,
4. Rezidive (und Angina scarlatinosa).

Diese sämtlichen Affektionen zeigen eine auffällige Uebereinstimmung bezüglich ihres Einsetzens, sie treten nämlich nicht vor dem zwölften Krankheitstage und nicht nach der sechsten Woche auf und das Maximum der Erkrankungen fällt auf die dritte und vierte Woche. („Gemeinsames Eintrittsgesetz" Schicks.) Während die drei letztgenannten Affektionen relativ seltene Vorkommnisse darstellen, ist das postscarlatinöse Fieber ohne Befund etwas häufiger.

Für die Berechtigung, die erwähnten Symptome als zum klinischen Bilde des Scharlach gehörig zu betrachten, spricht nach Schick neben dem eben erwähnten



gemeinsamen Eintrittsgesetz die Beobachtung, daß sich diese Nachkrankheiten in mannigfacher Weise kombinieren, sowie der auffällige Umstand, daß Geschwister mitunter um dieselbe Zeit eventuell unter ähnlichem Fiebertypus von verschiedenen Formen der postskarlatinösen Erkrankungen befallen werden.

Dieselben Umstände sprechen auch für die Einheitlichkeit der diese Erkrankungen auslösenden Ursache, wobei noch im gleichen Sinne in Betracht kommt, daß auch die Scharlachrezidive sich an das erwähnte Eintrittsgesetz halten.

Aus seinen Beobachtungen glaubt Vf. den Begriff einer spezifischen Dispositionsperiode für all diese postskarlatinösen Erkrankungen aufstellen zu können, die in der dritten und vierten Krankheitswoche die größte Tendenz zum Aufflackern der erwähnten Scharlachprozesse erkennen läßt.

Diese Theorie von der spezifischen postskarlatinösen Dispositionsperiode ist auch rein praktisch von Wert, da sie dem Begriffe der Rekonvaleszenz nach Scharlach eine andere als die seitherige Bedeutung gibt. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 65, 1907, Erg.-H.)

6. Balduzzi hatte Gelegenheit, eine Epidemie von 59 Fällen von Genickstarre zu behandeln, mit einer Mortalität von 39 = 66%; 10 davon wurden der Behandlung mit Serum, acht mit Diphtherieserum, zwei mit polyvalentem Streptokokkenserum unterworfen, ohne daß dadurch wesentlich bessere Erfolge erzielt worden wären; es starben 6 = 60%. Die Einzeldosis des Diphtherieserums betrug 1000 I. E. — (Gazz. degli osped., 24. März 1907.)

7. Im evangelischen Krankenhaus von Herne wurden im Juli 1906 sämtliche fünf Fälle von Genickstarre nach Angabe von Vorschütz in der Weise behandelt, daß an die Lumbalpunktion die Biersche Stauungsbinde am Hals in mäßiger Stärke für 20 Stunden angelegt wurde. Die Krankengeschichten werden ausführlich unter Vorlage von interessanten Temperaturkurven beschrieben. Im Anschluß an diese bespricht Vorschütz ganz in kurzem die bakteriologischen Verhältnisse, die Prozentverhältnisse der gesunden Kokkenträger, die Vorbereitungsweise des Erregers, das sporadische Auftreten der epidemischen Genickstarre, die Pathologie und Symptomatologie, Diagnose und Prognose der Erkrankung. Nach einer ganz kurzen Darstellung des bisherigen therapeutischen Verfahrens mit Anlehnung an die letzten literarischen Veröffentlichungen so auch der als Spezifikum scheinbar mit günstigem Erfolg angewendeten Jodsäure (4 : 200, drei- bis viermal täglich ein Eßlöffel) und des bei Unmöglichkeit innerer Darreichung der Jodsäure subkutan angewendeten Natr. jodicum (Sol Natr. jodici 1·0 : 200 + 0·3 Eukain, zwei- bis dreimal täglich 1 bis 2 cm^3), wendet er sich der gegenwärtigen Therapie zu, die er durch Einführung der Stauungsbinde erweitert hat. Die Serumbehandlung 15 bis 20 cm^3 subkutan oder intralumbal eingespritzt, nach zwei oder drei Tagen wiederholte Injektion unter jedesmaligem vorherigen Ablassen von 30 bis 50 cm^3 Lumbalflüssigkeit, wenn intralumbale Injektion angewendet wurde (Krömer) scheint Vorschütz für die Zukunft große Resultate zu versprechen, vorausgesetzt, daß es sich um echte Meningitis epidemica handelt und keine Mischinfektion vorliegt. Die heutige Therapie ist aus der früher geübten symptomatischen in eine kausale aggressive übergegangen und trotz eventuellen Ausschlusses der schon angewendeten Trepanation des Schädels und der vorgeschlagenen Punktion der Ventrikelhörner bezw. Drainage derselben mehr eine chirurgische geworden.

Die dortigen Fälle wurden in folgender Weise behandelt: Kein Patient wurde gebadet, wegen der eventuellen Schmerzen. Sobald die Diagnose Meningitis feststand, was in einer Epidemiegegend, wie Vorschütz schreibt, nicht schwer ist, wurde sofort lumbal punktiert und darauf die Stauungsbinde angelegt. Während die Binde lag, wurde nie punktiert. Sobald die Nadel in der Höhe der Cristae oss. il. 4 cm in die Tiefe eingedrungen war (nach vorherigem Aufsprayen von Chloräthyl) wurde der

Mandrin herausgezogen, um bei Anstechen des Duralsackes, kennbar durch Ausfließen von Liquor nicht noch weiter einzudringen und Verletzungen in Cauda equina und der Nerven zu setzen. Es wurde so lange der Liquor abgelassen, bis er nur tropfenweise ohne jeglichen Druck sich entleerte. Nur einmal sah sich Vf. gezwungen die Punktion zu unterbrechen, weil die Kranke über (heftigere? D. Ref.) Kopfschmerzen klagte. Selbstverständlich ist dies Grund genug zur Unterbrechung. Verband mit Zinkpflaster. Bei Kindern ist die Punktion sehr leicht, nur muß man sich hüten, zu tief einzustechen; Vorchütz legte deshalb bis 2 cm von der Nadelspitze seinen Zeigefinger an. Nur ein Patient schrie auf beim Durchstechen der Dura. Im allgemeinen wurden 30 bis 40 cm³ Liquor abgelassen, ohne Erscheinungen von Kollaps und sonstigen Zufällen. Die augenfällige Wirkung der Punktion trat vor allem bei den benommenen Patienten zutage. Nach der Punktion, die gewöhnlich gegen 11 Uhr morgens gemacht wurde, fiel die Temperatur ab, öfter um 2°. Meist hielt sich dieselbe zwei Tage in einer Höhe, die nicht zur Punktion drängte, am dritten Tag wurde dieselbe wieder nötig. Ein bestimmtes Schema läßt sich nicht aufstellen, Fieberkurve und Sensorium sind der beste Indikator. Ein Patient verlangte nach Punktion und Stauungsbinde. Beide Methoden wurden auch fortgesetzt, wenn sich das erstemal dickeiterige Flüssigkeit ergab.

Durch die Entleerung des Liquor und durch die durch die Stauung gesetzte stärkere Transsudation wird beständig eine Durchströmung von stets neuer bakterizid wirkender Körperflüssigkeit erfolgen. Durch die Biersche Stauung, die Vorschütz besonders warm empfiehlt, legen sich die Kopfschmerzen bald, er hat nie Eisblase oder ein Narkotikum in seinen Fällen gebraucht. (In dem Fall, in welchem sich bei Durchstechung der Dura heftige Schmerzen einstellten, durfte die Binde erst 1 bis 1½ Stunden nach der Punktion angelegt werden.) Als zweiten wichtigen Faktor für seine Methode erwähnt Vorschütz das Ausbleiben von Komplikationen, als dritten die entzündungsbekämpfende Wirkung der Stauung überhaupt. Daß es gelang, die stets von neuem einsetzenden Krankheitserscheinungen, wie Kopfschmerz, Fieber, leichte Benommenheit in einem Fall zu kupieren, der mehrere Tage fieberfrei und wohlauf außerhalb des Bettes sein konnte, kann Vf. nur auf die günstige Wirkung der Stauungsbinde zurückführen, die zwei bis drei Tage angelegt, sämtliche Erscheinungen auch ohne Punktion wieder zum Verschwinden brachte. Durch die Lumbalpunktion wird der schlimmste Feind, der Hirndruck, beseitigt und mit dem Nachlassen des letzteren das vorher anämische Gehirn mit arteriellem Blut überschwemmt und dadurch gleichsam eine arterielle Hyperämie herbeigeführt, zu der dann noch die venöse kommt. Durch regelmäßige Punktionen wird auch eine gewisse Strömung in dem Lumbalsack hervorgerufen — unterstützt durch die Stauungsbinde — durch welche es gelingt, die Entzündungskeime aus den Nischen fortzuschwemmen. Aus vorstehendem ergibt sich folgendes: 1. Gegen Entzündung Biersche Stauung nebst Entleerung des Liquors durch Punktionen. 2. Gegen Hirndruck regelmäßige Punktionen. Beide Maßnahmen immer möglichst sofort zu treffen.

Bezüglich Prophylaxe empfiehlt Vorschütz für Aerzte und Wartepersonal das Anziehen eines aus zwei Schichten Gaze mit dazwischenliegender Watte verfertigten Bartes vor Betreten der Krankenstube; dies ist begründet durch die Forschungen, wie schlecht der Meningokokkus die Austrocknung verträgt. Für die Kokkenträger empfiehlt er prophylaktische Jodpinselungen der Rachenwand mit Jod. pur. 0·2—0·4, Kal. jodat. 0·3—0·6, Aqu. destill. ad 1000. Dies begründet Vorschütz mit der Erfahrung, daß der Diplococcus katarrhal., ein naher Verwandter des Diplococcus Weichselbaum, durch dünne Jodlösung sehr rasch zum Absterben gebracht wird. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 12, 1907.)

8. Die die Parotitis komplizierende Hodenentzündung gilt im allgemeinen als

eine gutartige Affektion, die nur sehr selten ernste Folgen nach sich zieht. Sehr wenig stimmt damit das überein, was Rebaudi berichtet. Ein Zufall gab ihm Gelegenheit, 20 Jahre nach einer Parotitisepidemie, die ein kleines Alpendörfchen im Jahre 1886 heimgesucht hatte, 14 der damals Erkrankten untersuchen zu können. Von ihnen zeigten 13, d. h. also mit einer Ausnahme alle, Atrophie der betroffenen Hoden. War nur ein Hoden betroffen, so genügte der andere völlig für die Funktion; bisweilen hypertrophierte er. In einigen Fällen allerdings war dabei verminderte Libido und Erektionsfähigkeit zu konstatieren. In drei Fällen dagegen bestand doppelseitige Hodenatrophie mit Azzospermie. Es scheint also die Parotitis eine bisher zu wenig gekannte Ursache für die Impotentia generandi zu bilden. — (Gazz. degli ospedali, 3. Februar 1907.)

9. Auf Grund eines Studiums von mehr als 300 Fällen kommt Donoghue zu folgenden Schlüssen:

1. Vergrößerte Lymphdrüsen des Nackens sind nicht primär-tuberkulös und haben, wenn überhaupt irgendeine, nur die geringste Beziehung zu allgemeiner oder Lungentuberkulose.

2. Sie hängen ab von einer Mischinfektion Eiter produzierender Bazillen.

3. Wenn die Quelle der Infektion entfernt wird, bevor das Drüsengewebe destruiert wird, werden sie sich schnell auflösen.

4. Wenn eine Destruktion Platz greift, sollte die Drüse mit Umschlägen behandelt werden, bis sie erweicht ist, dann soll sie durch Stichpunktion eröffnet, entleert und mit Briggs Kanüle drainagiert werden.

5. Verschleppte Fälle mit einer großen Masse teils verkalkter, teils destruierter Drüsen beanspruchen eine ausgiebige und tiefe Abtrennung.

Die Behandlung mit tonischen Mitteln, Lebertran, Eisen, Arsen und ähnlichen, gehöre dem Zeitalter der „idiopathischen Entzündungen“ an. Die Behandlung sollte, abgesehen von der lokalen, gute Ernährung, frische Luft und entsprechende Kleidung sein. — (Boston Medical and Surgigal Journal, 28. März 1907.)

10. Es ist bisher noch nicht gelungen, mit Bakteriengiften bei Versuchstieren hämorrhagische Hautläsionen zu erzeugen. Heyrovsky bringt nun den Nachweis, daß man in der Tat durch Einverleibung keimfreier Bakterienkulturfiltrate bei weißen Mäusen hämorrhagische Dermatosen, Schleimhaut- und Gewebsblutungen erzeugen kann. Die zur Untersuchung benützten Gifte stammten aus Glykosebouillonkulturen von Diplococcus pneumoniae und Streptococcus mucosus, in denen ganz besonders große Mengen von Stoffwechselprodukten sich befinden. Die mit keimfreien Filtraten der 24stündigen Kultur intraperitoneal oder subkutan geimpften Mäuse zeigten nach zwölf Stunden, besonders an den schwach behaarten Körperstellen, ein hämorrhagisches Exanthem, dabei hochgradige Schwellung und blaurote Verfärbung der Pfoten und des Genitals, während an den dicht behaarten Stellen kein Exanthem sich zeigte. Die meisten Tiere hatten blutige Durchfälle. Die Hautveränderungen bildeten sich im Laufe einiger Tage zurück. Bei zweimaliger Impfung am gleichen oder nächsten Tage trat in einem Teile der Fälle ein Nachschub der Hautblutungen ein. Die Autopsie der spontan verendeten oder getöteten Tiere zeigte Hämorrhagien der inneren Organe, besonders im Lungenparenchym und der Rektalschleimhaut. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 9, 1907.)

11. Die Schlussfolgerungen Beatties aus seinen Studien, bezw. Versuchen sind folgende:

1. Die Folgezustände nach Streptokokkeninjektion sind verschieden von denen mit der Mikrococcus-rheumaticus-Injektion.

2. Der Micrococcus rheumaticus kann weder als ein abgeschwächter Streptokokkus, noch kann der akute Rheumatismus als eine abgeschwächte Streptokokkenpyämie angesehen werden.

3. In unkomplizierten Fällen von akutem Rheumatismus wird der Mikroorganismus nicht immer im Blut oder in dem Gelenkexsudate gefunden. — (The British Med. Journ., 22. Dez. 1906.)

12. Das bekannteste Krankheitsbild der Koliinfektion ist die Pyelonephritis gravidarum. Der Krankheitsprozeß bleibt meist ein lokaler, die Kolibazillen treten selten in die Blutbahn über. Die Pyelonephritis in der Schwangerschaft kann sehr gefährlich werden. Dauert der fieberhafte Prozeß sehr lange, kann spontane Frühgeburt eintreten; in anderen Fällen muß dieselbe ohne Rücksicht auf das Kind künstlich eingeleitet werden. Der obere Teil der Vagina und Zervix ist meist gegen Kolibazillen geschützt. Manchmal, obschon selten, kann es auch im Wochenbett zu einer Koliinfektion kommen; Fehling hat eine solche nach Hebosteotomie beobachtet. Bei den zahlreichen Möglichkeiten einer Koliinfektion bei Schwangeren sollen letztere und die Hebammen auf die Wichtigkeit der Reinigung der Vulva hingewiesen werden sowie darauf, daß Reinigung in falscher Richtung direkt zur Infektion führen kann. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 27, 1907.)

13. Maier hat einen schweren Fall von puerperaler Sepsis mit Schüttelfrösten und Anstieg der Temperatur auf 39·5 durch Verabreichung von Aspirindosen von 0·25 g im Intervall von zwei Stunden und später von 0·3 stündlich zur Heilung gebracht. Er hebt dabei hervor, daß der Beginn der Behandlung in kleinen Dosen geschehen soll, dieselben prinzipiell auch während der Nacht verabreicht werden und die Dosen im Bedarfsfalle vorsichtig gesteigert werden sollen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 29, 1907.)

14. Fiorio und Zambelli haben das Maretin zum Gegenstand umfangreicher Untersuchungen, am Tier sowohl wie am fiebernden Menschen, gemacht; von letzteren wurden nicht weniger als 95 mit Maretin behandelt. Das Maretin erwies sich als ein Mittel, das in mittleren Dosen auf das Blut in keiner Weise ungünstig einwirkt. Man gibt es in verschiedenen Dosen, entsprechend der Intensität des Fiebers und dem Alter des Patienten: beim Erwachsenen bei leichtem Fieber einmal 0·2—0·25, bei schwerem Fieber zweistündlich 0·15—0·2, beim Kind gibt man 0·01 pro Lebensjahr. Es setzt in kleinen Dosen die Temperatur nicht brüsk, sondern langsam herab, und sein antipyretischer Einfluß erstreckt sich über 3 bis 6 Stunden und länger. Durch die langsame Temperaturherabsetzung kommt es nicht zu Kollapserscheinungen, vielmehr wird dabei Allgemeinzustand, Nervensystem und besonders der Zirkulationsapparat in günstiger Weise beeinflußt. Das Maretin ist ein ganz ausgesprochen antifermentatives Mittel, und wirkt temperaturherabsetzend nicht auf dem Weg durch das Nervensystem, sondern durch Beeinflussung des Stoffwechsels. Seine vielfachen Vorzüge haben dem Maretin mannigfache therapeutische Anwendung gebracht: sein Hauptgebiet sind die Infektionskrankheiten, besonders dann, wenn die physikalische Antipyrese kontraindiziert ist, und andere Antipyretika unwirksam sind; es empfiehlt sich ferner wegen seiner günstigen Einwirkung auf Blutdruck und Atmung bei Krankheiten des Respirationsapparats, wegen seiner antifermentativen Eigenschaften bei solchen des Digestionsapparats. — (Il Morgagni, Nr. 4 u. 5, 1907.)

15. Bei seinen ausgedehnten Versuchen kam Wiesner zu folgenden bedeutsamen Ergebnissen:

Alle Teile des Sonnenspektrums besitzen bakterizide Wirkung, doch kommt die stärkste Wirkung dem unzerlegten Licht zu. Hohe Außentemperaturen unterstützen, niedere mindern seine bakterizide Kraft herab. Die verschiedenen Gruppen pathogener Bakterien besitzen einen verschiedenen Resistenzgrad, auch die individuelle Widerstandsfähigkeit der Keime schwankt je nach ihrem Alter. In trockenem Zustand sind sie weniger resistent als im feuchten.

Die normalerweise in der Natur lebenden Spaltpilze (Luftkeime) werden durch das Sonnenlicht nicht geschädigt. Während die Sonnendesinfektion in unserem Wohnraume nur in untergeordnetem Maße zur Wirkung kommt, spielt sie in der freien Natur eine nicht zu unterschätzende Rolle. Das Auftreten von sporadischen wie epidemischen Krankheiten, bei denen der Respirationstraktus als Eingangspforte dient, fällt daher meist mit den Zeiten geringer Lichtintensität (Spätherbst bis

Frühjahr) zusammen und scheint mit der Sonnendesinfektion in engen Zusammenhang zu stehen. — (Arch. f. Hygiene, Bd. 61, H. 1.)

16. Die Untersuchungen d'Ormeas ergaben, daß das Radium Gelatinekulturen abzutöten sowie auf die Beweglichkeit der Bakterien hemmend einzuwirken vermag. In vier Fällen wurde der Versuch gemacht, auf Eiterungen am Menschen mit Radium zu wirken, und es schien, als ob der Einfluß ein günstiger wäre. — (Il Policlin., Sez. med. Nr. 3, 1907.)

17. In einem Malariafalle, bei dem sich eine Intoleranz gegen Chinin ausgebildet hatte, hat Grosch gute Erfolge mit einer Atoxylkur gehabt. Vier Stunden vor Eintritt des Schüttelfrostes wurden täglich 0·1—0·39 Atoxyl injiziert, das ohne alle Beschwerden gut vertragen wurde. Grosch empfiehlt das Atoxyl für solche Malariafälle, die eine Intoleranz gegen Chinin zeigen. Oder man könnte versuchen, durch eine Atoxylkur die Toleranz gegen Chinin wieder herzustellen. Eventuell käme auch für manche Fälle eine Kombination des Atoxyls mit Methylenblau in Betracht. — (Med. Klin., Nr. 20, 1907.)

Magen.

1. **Zur pathologischen Physiologie des Magenkatarrhs.** Von A. Bickel, Berlin. Ref. F. Perutz, München.
2. **Ueber digestiven Magensaftfluß.** Von J. Boas. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Zur Frage der Schleimabsonderung im Magen.** Von M. Pewsner. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Nervöse Erscheinungen beim Uebergang des Mageninhalts in den Darm.** Von F. A. Kehrer, Heidelberg. Ref. F. Perutz, München.
5. **Ueber nervöses Aufstoßen.** Von R. Adler, Prag. Ref. F. Perutz, München.
6. **Der Einfluß der Salzsäure auf die Pepsinverdauung.** Von Albert Müller. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Zur Diagnose des Magenkarzinoms.** Von Anton Zirkelbach. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
8. **Der Wert der Salomonschen Probe bei der Diagnose des Magenkarzinoms.** Von F. de Marchis. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
9. **Lupulin in der Behandlung von Magendarmkrankheiten.** Von Stern. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Bei Hunden mit einem Magenblindsack nach Pawlow rief die Aetzung der Magenschleimhaut mit konzentrierten Höllensteinlösungen kolossale Schleimabsonderungen im großen Magen, nicht aber im Magenblindsack hervor. Bickel sieht daher die verstärkte Schleimbildung im Magen im wesentlichen als eine lokale Reaktion auf einen lokalen Reiz an und rät, der Annahme einer Schleimbildung durch nervöse Einflüsse mit Vorsicht zu begegnen. Die Verminderung der Salzsäureausscheidung beim Magenkatarrh ist nach seinen Untersuchungen direkt auf die Herabsetzung der Drüsentätigkeit, nicht auf die Neutralisation des Magensaftes durch vermehrten Magenschleim zurückzuführen. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 89, Nr. 1—4.)

2. Der digestive Magensaftfluß („alimentäre Hypersekretion" nach Strauß) bietet nach Boas ein praktisch außerordentlich wichtiges Krankheitsbild. Er findet sich vorwiegend beim männlichen Geschlecht; das Alter spielt keine wesentliche Rolle. Auffallend ist bei der Affektion die sehr erhebliche Abmagerung; sie mag zum Teil begründet sein in dem nicht geringen Verlust an Magensaft, von dem täglich doch 2 l und mehr mit ihrem Eiweißgehalt vergeudet werden, teils in der Störung der Amylolyse. Meist besteht beträchtliche Obstipation. Die Kranken klagen über Druck, Völle, Aufstoßen, hie und da über Sialorrhöe, bisweilen über heftige Schmerzen, sehr selten über Sodbrennen, Uebelkeit, Erbrechen. Objektiv findet man Plätschern, Druckempfindlichkeit der Magengegend, Meteorismus; im Harn sind die Chloride vermindert, das Indikan vermehrt. All dies ist wenig charakteristisch; am klarsten weist man die Affektion durch Verabreichung eines „trockenen Probefrühstückes" nach. Da gewöhnliches Weißbrot immerhin noch 35·5% Wasser enthält, verwendet Boas die 8·9% Wasser enthaltenden Albert-Kakes. Während man normal bei Verabreichung von fünf Kakes nur wenig Residuen erhält, findet man bei digestivem Magen-

saftfluß 100—200 cm³ Rückstand, zum größten Teil Flüssigkeit. Die Gesamtazidität und freie HCl braucht dabei nicht gesteigert zu sein; die Biuret- und Zuckerreaktion ist positiv, die Kochprobe negativ; die Amylolyse erweist sich als sehr gestört. Ist neben der Flüssigkeit auch das Sediment vermehrt, so kann man auf komplizierende motorische Insuffizienz schließen. Hie und da kompliziert sich die Affektion auch mit nüchterner Hypersekretion. Daß der digestive Magensaftfluß eine Abart der nervösen Dyspepsie ist, ist nicht unwahrscheinlich, doch nicht sicher. Die Prognose des Leidens scheint keine ungünstige zu sein. Die Therapie hat das Gewicht zu heben, sekretionserregenden Reiz zu vermeiden, die Amylumverdauung zu heben, die Obstipation zu beseitigen. Man erreicht dies am besten durch eine Eiweiß-Fett-Zuckerdiät. Statt Zucker gibt man auch Dextrine in Form von Kindermehlen, als Brot Weißbrotrinde. Ein großer Fehler wäre eine Trockendiät; man gebe zu den Mahlzeiten alkalische Wässer. Von Belladonnapräparaten sah Boas keinen Erfolg, wohl aber von großen Dosen Alkalien, besonders Natr. citr. viermal täglich 1 Kaffeelöffel. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 4, 1907.)

3. Pewsner beschäftigt sich mit der Frage der reflektorischen Schleimabsonderung im Magen. Im Tierexperiment war eine solche nicht festzustellen. Bei Aetzungen der Schleimhaut des großen Magens mit Höllensteinlösungen war eine reflektorische Steigerung der Schleimabsonderung im isolierten kleinen Magen nicht zu beobachten; es entstand nur eine gesteigerte Schleimabsonderung im großen Magen als lokale Reaktion auf den Reiz. Diese Ergebnisse müssen uns veranlassen, auch die veröffentlichten Fälle von nervöser Gastromyxorrhöe skeptisch zu betrachten, und in der Tat kennt Pewsner selbst einige Fälle, in denen nervöse Schleimabsonderung angenommen worden war, und doch andere Ursachen für die vermehrte Schleimmenge vorlagen. Dieselbe Skepsis ist in vielen Fällen von nervöser Colica mucosa am Platze; hier dürfte oft ein katarrhalischer Zustand der Darmschleimhaut die Schleimsekretion ungezwungener erklären. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 2 u. 3, 1907.)

4. Beim Uebergang des Mageninhaltes ins Duodenum können bei empfindlichen Personen oder bei stärkerer Ueberladung des Magens nervöse Begleiterscheinungen auftreten, die vielleicht durch mechanisch-chemische Reizung der Vagusäste oder durch reflektorische Einwirkung nach Kehrers Ansicht die Ursache für das sogenannte Alpdrücken oder für beängstigende Träume abgeben. Vf. befürwortet, daß Personen, die an diesen Störungen leiden, die letzte Mahlzeit 3—4 Stunden vor dem Zubettgehen einnehmen, und zu reichliche und fette Gerichte am Abend meiden, desgleichen den Alkoholgenuß dabei einschränken sollen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 6, 1907.)

5. Die Vorbedingung des sogenannten nervösen Aufstoßens ist das Verschlucken von Luft. Es ist am besten zu bekämpfen durch Verhinderung der krampfhaften Pharynxkontraktionen, die die Luft in den Magen pressen. Adler wiederholt daher die schon von Bourget u. a. gegebene einfache Vorschrift, durch Einlegen einer Scheibe oder eines Korkstücks zwischen die Zahnreihen die Schluckbewegungen unmöglich zu machen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1907.)

6. Ueber die für die Pepsinverdauung günstigste Säurekonzentration liegen derart verschiedene Angaben vor, daß eine Nachprüfung dringend angezeigt erscheint. Veranlaßt wurde Müller jedoch zu einer solchen durch die Beobachtung, daß im Mageninhalt des gesunden Hundes während der Verdauung — bei hoher Gesamtazidität — die freie HCl regelmäßig fehlt. Das Ergebnis zahlreicher Versuche ist folgendes: Nur bei niedriger, durch an Eiweißkörper gebundene HCl bedingter Azidität wird die Pepsinverdauung durch steigende Mengen freier HCl bis zu einem Optimum gefördert; bei hoher Azidität bleiben die gleichen Mengen freier HCl ohne Einfluß. Diese Grenzfälle sind durch Zwischenstadien verbunden. Ungenügend mit HCl gesättigtes Eiweiß zeigt in seiner Ver-

daulichkeit am Sättigungspunkt eine sprungartige Aenderung, die bei niedriger Gesamtazidität bedeutend ist, bei hoher verschwindet. Das Säureoptimum für die Verdauung eines Eiweißkörpers ist bei niedriger Konzentration desselben anzugeben, und dann konstant. Bei höherer Konzentration kann es ein durchaus verschiedenes sein, sowohl wenn es als Gesamtazidität als wenn es durch den Gehalt an freier Säure ausgedrückt wird. — Die Beachtung dieser Umstände klärt die zahlreichen Widersprüche der vorliegenden Angaben auf und läßt das verschiedene Vorkommen und Verhalten der freien Säure bei den Tierarten verstehen. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 88, H. 4—6, 1907.)

7. Zirkelbach berichtet über seine Erfahrungen mit der Salomonschen Probe. Im ganzen untersuchte er 47 Fälle, davon zehn Carcinoma ventriculi und 21 Fälle beniguer Magenerkrankungen. Die Eiweiß- und Stickstoffmengen erwiesen sich beim Magenkrebs den anderen Erkrankungen gegenüber als wesentlich vermehrt, indem in 100 cm³ Spülwasser die Eiweißmenge zwischen starker Trübung und ³/₄ ‰, die Stickstoffmenge zwischen 30—80 mg schwankte. In allen übrigen Fällen waren beide Werte verschwindend klein, und wenn es trotzdem vorkam, daß bei Esbach minimale Trübung sich zeigte, so war die Stickstoffmenge dabei niemals vermehrt. Zirkelbach ist demgemäß der Ansicht, daß niemals katarrhalische, sondern nur ulzeröse Prozesse im Magen eine Vermehrung der Stickstoff- und Eiweißmenge bedingen. Diese Ulzeration kann durch Ulkus wie durch Karzinom bedingt sein; jedoch hat Zirkelbach bei Ulkus niemals den Schlauch einzuführen gewagt. Wirft man die Frage auf, welche kleinste Eiweiß- bezw. Stickstoffmenge für Karzinom spricht, so ist eine bestimmte Antwort schwer zu geben; man kann sagen, daß eine starke Trübung des Spülwassers, und noch mehr eine Stickstoffmenge von 30 mg für Magenkarzinom spricht. — Die Salomonsche Probe für sich allein gibt in zweifelhaften Fällen keine genügende Stütze für die Diagnose, doch ist sie ein wertvolles Hilfsmittel. — (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. 12, H. 6, 1907.)

8. De Marchis hat die Salomonsche Probe in 22 Fällen verschiedenster Erkrankungen des Magens nachgeprüft, dabei außerdem noch die Muzinprobe, die Biuretprobe und den Blutnachweis in das Bereich seiner Untersuchungen gezogen. In der Mehrzahl der Fälle: bei chronischer Gastritis, narbigen Pylorusstenosen, Gastroptose, gastrischen Krisen, nervöser Dyspepsie enthielt die Spülflüssigkeit weder Albumin noch Pepton noch Blut. In allen fünf Fällen von Magenkarzinom, in denen über die Diagnose kein Zweifel obwalten konnte, war ¹/₄—¹/₂ ‰ Albumen vorhanden. In einem sechsten Falle von sicherem Karzinom war die Probe dagegen negativ, damit anzeigend, daß der Tumor nicht ulzeriert war. Bei frischen Magengeschwüren wurde von der Anwendung der Probe abgesehen; ihr negativer bezw. positiver Ausfall entschied jedoch in zwei Fällen von Differentialdiagnose zwischen Gastrosukorrhöe und Ulkus in einem Falle gegen, im anderen für Ulkus. Die Salomonsche Probe ist also eine Probe auf Ulzerationsprozesse im Magen. Sie entscheidet niemals an und für sich die Diagnose Magenkarzinom, sondern ist lediglich ein wertvolles Hilfsmittel für die Diagnosenstellung. — (Gazz. degli ospedal., 16. Dez. 1906.)

9. Stern lobt das Lupulin besonders bei funktionellen Erkrankungen des Magendarmkanals. Sehr gute Dienste hat es ihm zunächst bei nervöser Anorexie geleistet; man gibt es in Kapseln zu 0·3 1—3 Stück 1—2 Stunden vor dem Essen in kohlensaurem Wasser, oder als Lupulin 0·3, Berberini phosph. 0·03, Capsicini 0·0075, f. capsul., S. 1—3 Kapseln, eine halbe Stunde vor dem Essen, oder als Lupulini 0·3, Condurangini 0·01, Cinchonicini 0·05 f. caps., S. 2 Kapseln eine Stunde vor dem Essen, darauf 1—2 Kaffeelöffel Schnaps. Bei Hyperaesthesia gastrica gibt man Lupulin 0·25, Argent. nitr. 0·005 f. capsul., 1—2 Kapseln vor dem Essen mit ¹/₂ Weinglas lauem Wasser; eventuell gibt man etwas Kodein oder Belladonna hinzu. Man kann auch Lupu-



lin 0·5 mit Camph. monobromata 0·15 bis 0·3 kombinieren, ein Pulver vor dem Essen. Nicht oder nur sehr wenig wirkt Lupulin bei Kardialgien infolge zentraler organischer Nervenleiden. Bei sonstigen Kardialgien wirkt Lupulin besonders dann günstig, wenn der Anfall nicht allzu heftig ist; man gibt es stündlich 0·06 in Oblaten, eventuell mit Kodein; daneben kann man noch Chloroform oder Aether verordnen, die rascher wirken, während Lupulin länger vorhält. Lupulin kann auch, wenn eine Medikamentdarreichung per os nicht erwünscht ist, als Suppositorium dargereicht werden, am besten mit Oleum theobromae: Camphor, Lupulin aa 5·0, Extr. Belladonn. 0·15, Ol. theobrom. q. s., f. supp. Nr. X, zweistündlich 1 Suppos., oder: Lupulin 5·0, Extr. cannab. ind. 0·3, Ol. theobrom. q. s. ad supp. Nr. X, oder: Lupulin 5·0, Extr. physostigm. 0·2, Extr. Belladonn. 0·1, Ol. theobrom. q. s. ad supp. Nr. X, 3—4stündlich 1 Suppos. Bei nervöser Dyspepsie kombiniert man das Mittel mit Eisen oder Tonizis: Lupulin 0·15, Ferri et chinin. citr. 0·1, zwei Kapseln vor dem Essen, oder Lupulin 0·15, Ferri et Stychnin. citr., Cinchonidin. sulfur. aa 0·05, dreimal täglich 2 Kapseln, oder: Lupulin 0·15, Massae ferri carbon. 0·1, Extr. nuc. vom. 0·015, zwei Kapseln vor dem Essen. — Auch bei organischen Magenaffektionen ist Lupulin manchmal von Vorteil, so bei chronischen Katarrhen und motorischen Insuffizienzen. — Will man auf den Darm wirken, so gebe man das Mittel stets in Kapseln, $1^1/_2$—2mal mehr, als man für den Magen geben würde; will man aber auf die unteren Darmpartien wirken, dann als Suppositorium. Ganz besonders die Enteralgia nervosa, die nach Nothnagel eine Neuralgie des Plexus mesentericus ist, ist der Lupulinbehandlung zugänglich. In leichteren Fällen gibt man 2—3stündlich drei Kapseln von Lupulin 0·15, Azetanilid 0·1 oder 1 Kapsel von Lupulin 0·3, Hyoscyamin. salicyl. 0·0005, in schwereren stündlich 1 Kapsel von Lupulin 0·25, Codein. sulfur. 0·015, Atropin. sulfur. 0·0003. — (Medic. Record, 22. Sept. 1906.)

Galle.

1. **Zur Aetiologie der Rezidive und Pseudorezidive nach Gallensteinoperationen.** Von O. Ehrhardt. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Die chirurgische Bedeutung des Ikterus. Zugleich ein Beitrag zur Pathologie und Chirurgie der tiefen Gallenwege.** Von Dr. Ludwig Arnsperger. (Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik.) Ref. Fritz Loeb, München.
3. **Leitende Grundsätze für den Kurgebrauch Gallensteinkranker in Karlsbad.** Von Franz Fink. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Gallensteine ohne Symptome und Symptome ohne Gallensteine.** Von Dr. Richardson, Boston. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.
5. **Das Cholagogum Ovogal.** Von Ferd. Rosenthal. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Ueber Ovogal und seine gallentreibende Wirkung.** Von O. v. Boltenstern. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Ein Beitrag zur Behandlung der Cholelithiasis mit Ovogal.** Von J. Neubauer. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Nach Ehrhardts Ansicht spielen die Schleimhautbuchten der Gallenblase, die Luschkaschen Gänge in der Aetiologie sowohl der Rezidive wie der Pseudorezidive nach Gallensteinoperationen eine hervorragende Rolle. Sie sind in der steinkranken Blase vermehrt und gewuchert und in ihnen liegen außer Schleimansammlungen, Entzündungsprodukten, auch gelegentlich Gallenkonkremente. Diese können sich vergrößern und neue Steine bilden. Aber auch Pseudorezidive können durch sie entstehen. Wenn nicht Konkremente, sondern nur Entzündungsherde in den Recessus bestehen, wird eine schleimhaltigere, leicht infizierte Galle durch die Gallenblase gezwängt, wodurch Koliken entstehen können. Da nun die sehr seltenen echten Rezidiven nur beobachtet sind, wenn die Gallenblase erhalten blieb, und da auch Pseudorezidive fast ausnahmslos nur dann auftreten, wenn die Gallengänge oder ein Teil ihres Halses oder der Zystikus zurückgelassen wurden, so kann man sich gegen die Rezidive schützen, wenn man die Gallenblase radikal exstirpiert und die tiefen Gallengänge drainiert, ein Verfahren, das frei-

lich auch seine Kontraindikationen hat. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14, 1907.)

2. Das außerordentlich umfangreiche Material von 96 Krankengeschichten liegt der 107 Seiten umfassenden Arbeit von Arnsperger zugrunde. Seine Untersuchungsergebnisse hat der Vf. in folgenden Sätzen zusammengefaßt: 1. Es gibt Fälle von Ikterus ohne mechanische Behinderung des Gallenabflusses, welche wir auf eine Funktionsstörung der Leberzellen beziehen müssen. Dieser Ikterus kann sowohl primär sein, als auch zu jedem mechanischen Ikterus hinzutreten. Die Prognose eines operativen Eingriffes ist in diesen Fällen höchst ungünstig. 2. Eine sichere zahlenmäßige Methode, das Bestehen dieses Ikterus gravis zu erkennen, gibt es zur Zeit nicht; indessen können wir aus Untersuchungen des Urins und des Blutes, zusammen mit dem klinischen Befunde, in manchen Fällen das Bestehen eines solchen Ikterus erkennen. 3. Die Schwere eines Ikterus geht seiner Dauer und Intensität nicht parallel. Sie ist vielmehr abhängig von der Widerstandskraft des Körpers gegen die resorbierten toxischen Gallenbestandteile. 4. Die Normalmethode ist bei der Gallensteinerkrankung der tiefen Gallenwege die Choledochotomie mit nachfolgender Drainage des Hepatikus, wobei die Gallenblase je nach der Schwere ihrer Erkrankung exstirpiert oder suspendiert oder drainiert werden kann. 5. Die radikale Entfernung aller Steine ist bei länger bestehenden Choledochussteinen sehr schwierig; es empfiehlt sich daher, bei chronischem Choledochusverschluß durch Stein sobald als möglich zu operieren. 6. Choledochussteine ohne Ikterus sind häufiger als bisher angenommen wurde. — (Beitr. zur klin. Chir. Bd. 48, H. 3, 1906; Sep.-Abdr.)

3. Fink teilt die Gallensteinkranken in sieben Gruppen ein: 1. Patienten mit Prodromen — Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit der Leber; 2. solche mit Koliken mit oder ohne Ikterus, in großen Intervallen — temporärer Verschluß des Blasenhalses; 3. solche mit häufigen, heftigen Anfällen — Einklemmung eines Konkrements im Blasenhals, Hydrops; 4. solche mit erfolgreichen Anfällen — Konkremente gelangen durch den Zystikus in den Choledochus und erzeugen durch Verlegung desselben vorübergehenden Ikterus; 5. solche, bei denen Konkremente im Choledochus stecken — zeitweiser Ikterus mit oder ohne Koliken; 6. solche mit dauerndem Ikterus als Zeichen völligen Choledochusverschlusses; 7. solche mit Infektion, Fieber und Schüttelfrost. Die verschiedenen Formen bedürfen sehr verschiedener Behandlung. In Karlsbad kommen dabei in Betracht: 1. die verschiedenen Thermalwässer, 2. die heißen Moorumschläge, Massage und Bäder, 3. die Dosierung von Ruhe und Bewegung, die je nach dem Stadium der Krankheit und der Individualität der Kranken variiert, 4. die Regelung der Diät. Die Kur zuhause ist der in Karlsbad nicht gleichzustellen, ebenso wie der Patient in Karlsbad auch bei wiederholtem Aufenthalt nicht nach den früheren Anordnungen oder denen des Hausarztes Kur gebrauchen, sondern den Arzt an Ort und Stelle befragen soll. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 32, 1907.)

4. Richardson befürwortet bei der Häufigkeit der Gallensteine, speziell bei Frauen über der Menopause, in allen abdominalen Fällen genau nach undeutlichen abdominellen Symptomen zu fragen; bei der operativen Entfernung von Fibroiden z. B. soll man bei Entdeckung solcher Symptome in der Vorgeschichte darauf gefaßt sein, in der Gallenblasengegend abnorme Verhältnisse zu finden. Pat. geben oft frühere Indigestionen, Koliken usw. nicht an, weil sie keinen Zusammenhang derselben mit ihren gegenwärtigen Beschwerden finden. Die speziellen Ausführungen, Beispiele und Krankheitsgeschichten eignen sich nicht für ein ausführlicheres Referat an dieser Stelle. — (Boston Medical and Surgical Journal, 30. Mai 1907.)

5. Als gute Cholagoga sind die gallensauren Salze im Tierexperiment erprobt. Da sie aber in größerer Menge den Magen schädigen, hat die Firma J. D.



Riedel in Berlin aus frischer Rindergalle und Hühnereiweiß ein Präparat, das Ovogal, hergestellt, das die cholagoge Wirkung der Gallensäuren behalten hat, aber — beim Menschen bis zu 10 bis 15 g pro die — anstandslos ertragen wird. Ovogal wird bei Dünndarmkatarrhen, Darmdyspepsien, Fettstühlen und anderen paracholischen Erscheinungen mit Erfolg angewendet, ebenso bei atonischer Obstipation und Cholelithiasis. Die Darreichung erfolgt täglich mehrmals messerspitzen- oder teelöffelweise mit Wasser, Tee, Kaffee, Fruchtsäften; es muß rasch geschluckt werden. Rosenthal hat das Mittel in zirka 40 Fällen angewendet; es hat ihn nie im Stich gelassen. Die absolute Unschädlichkeit, der milde Geschmack, die bequeme Darreichungsweise und sein therapeutischer Wert sind Vorzüge, auf die unbedingt hingewiesen werden muß. — (Therap. Ratgeber, 20. April 1907.)

6. v. Boltenstern hat das neue Gallensäurepräparat „Ovogal", eine im Magen unlösliche erst im Darm spaltbare Verbindung von Gallensäuren mit Eiweiß, in sechs Fällen verwendet. Eine deutliche günstige Wirkung auf den Anfall war in drei Fällen von Cholelithiasis nicht festzustellen; außer Zweifel steht dagegen seine Wirkung auf die Darmperistaltik, gelegentlich führt die Anwendung des Mittels sogar zu unerwünschten Durchfällen. Weiter scheint das Ovogal nicht immer gleichmäßig leicht und gern genommen und gut ertragen zu werden. Auch bei der von Wörner empfohlenen Darreichungsform (mit saurem Wasser und Elaeosacch. menth. pip. 4 : 1) tritt der unangenehme bittersüße Geschmack hervor: in zwei von den sechs Fällen wurde das Weiternehmen des Mittels verweigert. Man wird das Ovogal daher nur in Kapseln oder Oblaten verabfolgen. Seiner zweifellos cholagogen Wirkung wegen scheint eine weitere Prüfung des Mittels wohl berechtigt. — (Deutsche klin.-ther. Wochenschr. Nr. 46, 1906.)

7. Neubauer hat Ovogal in vierzehn Fällen von Cholelithiasis verwendet, außerdem noch 10 lediglich auf Cholelithiasis verdächtige Fälle damit behandelt. Die Kranken lagen dabei, je nach der Schwere des Falles, die ersten 3 bis 14 Tage zu Bett; die ganze Zeit der Kur über wurde früh und abends je eine halbe bis eine Stunde das Thermophor oder ein Leiterscher Apparat aufgelegt. Großer Wert wurde auf die diätetischen Vorschriften gelegt, weniger insofern sie die Auswahl, als vielmehr soweit sie die Darreichungsweise der Speisen betreffen. Der Magen soll niemals durch allzu reichliche Mahlzeiten überfüllt, anderseits aber auch nie leer gelassen werden; es soll etwa alle zwei bis drei Stunden Nahrung genommen werden. Das Ovogal wurde messerspitzweise, vier- bis fünfmal täglich, verabreicht, entweder in Oblaten oder in Gelatinekapseln (Riedel) à 0·5 g. Nur zweimal mußte das Ovogal ausgesetzt werden, einmal nach vielen Wochen wegen Erfolglosigkeit, das anderemal bei einem mit einem schweren Magenkatarrh komplizierten Fall wegen Erbrechens. In allen übrigen Fällen war das Resultat günstig; in drei Fällen gingen Steine weg, in den anderen verschwanden die Erscheinungen ziemlich rasch, um während der folgenden Beobachtungszeit nicht mehr wiederzukehren. Sehr gut erwies sich das Ovogal auch in den Fällen mit nicht sicherer Cholelithiasis; die Beschwerden verschwanden sehr prompt und definitiv. Neubauer betrachtet das Ovogal als eines dauernden Platzes in der Gallensteintherapie würdig. — (Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr. 6, 1907.)

Nervenkrankheiten.

Bornyval.

1. **Zur Behandlung nervöser Störungen mit Bornyval (Riedel).** Von Dr. J. Hey, Straßburg. Ref. Eugen Binswanger, München.
2. **Klinische Untersuchungen über das Bornyval als Sedativum und Hypnotikum bei Geisteskranken und Nervösen.** Von Dr. Bianchini. (Aus der Irrenanstalt zu Girifalco.) Ref. Fritz Loeb, München.
3. **Ueber die Störungen des Gemütslebens und ihre Behandlung.** Von Dr. Dammann. Ref. Fritz Loeb, München.



1. Hey schildert seine Erfahrungen mit Bornyval und glaubt das Präparat auf Grund desselben bei funktionellen Erkrankungen des Nervensystems empfehlen zu können. Bornyval enthält das therapeutisch wirksame Prinzip der altbekannten Baldrianwurzel, nämlich den Isovaleriansäureester des Borneols in chemisch reiner und konstanter Form. Die Dosierung ist daher sicherer und einfacher als die der Droge. Hey bringt eine Reihe Krankengeschichten funktioneller Neurosen, in welchen das Bornyval (meist 3—4mal täglich eine Gelatine-Kapsel à 0·25 g) mit gutem Erfolg gegeben wurde. Dagegen hatte er negative Resultate bei Anwendung des Präparats in Fällen von Epilepsie, Chorea, Basedow, sowie bei psychotischen Erkrankungen. Besonders bemerkenswert erscheinen aber die günstigen Erfahrungen Heys mit Bornyval in mehreren Fällen von funktionellen Herzneurosen. Eine fast gleichzeitige Publikation von Ivezic (Med. Blätter, Nr. 13, 1907) berichtet ebenfalls gute Erfolge gerade bei diesen nervösen Formen von Herzerkrankungen. Bornyval dürfte daher in solchen Fällen mit Aussicht auf Erfolg verordnet werden. Der Wunsch Heys nach einer Verbilligung des Präparats (25 Kapseln à 0·25 g kosten gegenwärtig 1·40 Mark) scheint wohl berechtigt im Interesse der Verordnung für die Armen- und Kassenpraxis. — (Wien. klin. Rundsch. Nr. 13, 1907.)

2. Bianchini hat zu seinen Versuchen mit Bornyval gerade diejenigen Kranken auserwählt, bei denen die Symptome der psychomotorischen Aufregung und der Agrypnie am auffallendsten waren. Die Versuche wurden bei allen Kranken, nachdem seit fünf Tagen von der Verabreichung irgend eines anderen Medikaments abgesehen war, gleichzeitig und mit der für alle gleichen Dosis von 0·5 g angefangen. Die Dosis wurde fünf Tage hintereinander beibehalten, dann wurde je nach den Ergebnissen bei den einzelnen Kranken entweder mit der gleichen Dosis fortgefahren oder die Dosis um 0·25—0·5 g jedesmal erhöht, bis für jeden Kranken die Minimalmenge gefunden wurde, die nötig war, um bei ihm Schlaf und eine Besserung seines aufgeregten Zustandes herbeizuführen. Die allgemeinen Ergebnisse waren folgende:

1. Bei über 500 Verabreichungen von Bornyval wurden nie Intoleranzerscheinungen wahrgenommen. 2. Das Bornyval hat sich auch bei mehrtägigem Gebrauch einer Dosis von 3 g als gänzlich unschädlich erwiesen. Im allgemeinen vermehrt es den Appetit. Es besitzt keine kumulative Wirkung, und selbst nach langem Gebrauch bedingt es bei plötzlicher Unterbrechung keine Störungen des Wohlbefindens. 3. Wenige Minuten nach dem Einnehmen verursacht es ein leichtes Aufstoßen, aber keine weiteren Erscheinungen seitens des Magens. 4. Bei fortgesetzter Anwendung gewöhnen sich die Kranken an das Mittel, aber im Vergleich zu anderen Medikamenten in viel geringerem Maße. 5. Bornyval besitzt eine sedative und die Herztätigkeit regulierende Wirkung. Darin übertrifft es, nach der Ansicht des Vf., alle bis jetzt gebräuchlichen Mittel. 6. Bornyval ist bei folgenden Krankheiten indiziert: bei hysterischen und maniaco-depressiven Psychosen, bei Zuständen von Amentia, allgemeiner Neurasthenie, bei Herzneurosen und Epilepsie. Bei der letztgenannten Krankheit bewährt es sich, wenn es auch einen unbedeutenden Einfluß auf die Zahl der Anfälle ausübt, doch durch seine sedative Wirkung. Beachtenswert ist die Heilung einer linksseitigen Hemiatetose, die nach einer Amentia zurückgeblieben war. Sie wurde allein durch die Anwendung des Bornyvals in 14 Tagen geheilt. Dabei hatte man mit einer Dosis von 0,5 g angefangen und hatte die Behandlung während der letzten 10 Tage mit einer konstanten Dosis von 2 g täglich fortgesetzt. 7. Die Wirkung des Bornyvals äußert sich auf den Puls und Atmung 30—40 Minuten nach dem Einnehmen. Gleichzeitig hat es eine Verminderung der allgemeinen Aufregung zur Folge; innerhalb 60—80 Minuten ruft es Schlaf hervor. Das Optimum der Wirkung als Sedativmittel wird bei einer täglichen Dosis von 1—1½ g, als hypno-



tisches Mittel bei einer täglichen Dosis von 1½—2½ g erreicht. 8. Dem Bornyval kommt eine leichte diuretische Wirkung zu. — (Ther. Rundsch. Nr. 15, 1907.)

3. Auch Dammann erblickt in dem Bornyval ein ganz vorzügliches Mittel, geradezu ein Spezifikum gegen gemütliche Erregungen verschiedener Art. Insbesondere empfiehlt er es dem praktischen Arzt zur Behandlung der Neurasthenie und Hysterie. Auch bei nervösen Erscheinungen seitens des Herzens hält er die Verordnung für angebracht. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 6, 1907).

Neuere Untersuchungen über den dorsalen Fußrückenreflex. Von P. Lißmann, München. Ref. Eugen Binswanger, München.

Die Kenntnis der Unterscheidungsmerkmale organischer und funktioneller Lähmungen ist zweifellos eine für den Praktiker außerordentlich wichtige Sache. P. Lißmann hat sich die Aufgabe gestellt, den dorsalen Fußrückenreflex (1901 von Bechterew, 1904 unabhängig davon von K. Mendel beschrieben) als eines dieser differentialdiagnostischen Symptome einer Nachprüfung zu unterziehen Er findet dabei die Angaben K. Mendels bestätigt, also das Vorhandensein des normalen (dorsalen) Fußrückenreflexes bei Gesunden und Tabikern, das Fehlen jeglichen Reflexes bei spinalen Kinderlähmungen und das Auftreten pathologischer Plantarflexion bei den meisten „Babinsky-positiven“ Erkrankungen. Dagegen konnte er niemals — wie Mendel-Plantarflexion bei negativem Babinsky beobachten.

Lißman hat weiterhin auch bei Neugeborenen Beobachtungen über das gleichzeitige Auftreten von pathologischem Fußrückenreflex und Babinsky angestellt. Daß diese fleißigen und bedeutungsvollen Untersuchungen äußerst mühevoll sind, wird ihm sicher jeder glauben, der sich schon mit ähnlichen Reflexprüfungen bei Neugeborenen abgemüht hat. Er kommt dabei zu dem interessanten Ergebnis eines steten Zusammenfallens des Babinsky'schen Phänomens mit dem pathologischen Fußrückenreflex und zieht daraus mit Recht den Schluß, daß wir das pathologische Ausfallen dieses Reflexes als ein wichtiges Symptom bei der Diagnose zentraler Nervenerkrankungen betrachten müssen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 21, 1907).

Die Behandlung der lokomotorischen Ataxie mit Fibrolysin. Von Dr. Pope, Leicester. Ref. F. Ott, Benediktbeuern.

Die Behandlung der Erkrankung mittels Fibrolysin ergab in einem Falle bedeutende Besserung, während sie in einem zweiten Falle erfolglos blieb. Der erste Fall wird näher ausgeführt. Der Kranke war vollständig ataktisch, konnte weder stehen noch gehen, die Kniescheibensehnenreflexe fehlten, leichte Störungen bei der Miktion waren vorhanden etc. Es wurden jeden dritten Tag 2·3 cm^3 intramuskulär eingespritzt. Nach jeder Einspritzung ein Gefühl von Wärme und Schweiß. Nach 24 Einspritzungen konnte Pat. selbst zum Spital mit zwei Stöcken gehen, die Kniephänomene waren vorhanden. Vf. erhofft sich von seiner Mitteilung eine weitere Nachprüfung. (The British Medical Journal, 22. Juni 1906.)

Heilung der Neuralgien durch Eucain-Injektionen. Von Dr. Opitz, Magdeburg. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

In den letzten Jahren ist bei der Behandlung von Neuralgien, insbesonders der Ischias, der Versuch gemacht worden, den Nerv direkt durch Einverleibung von Arzneimitteln zu beeinflussen und in der Tat sind dadurch günstige Resultate erzielt. Schleich berichtete 1895 über außerordentlich günstige Erfolge durch Anwendung seiner Infiltrationsmethode. Durch die günstigen Erfolge Langes angeregt, hat Vf. auf der inneren Abteilung der Krankenanstalt Altstadt in Magdeburg seit ungefähr einem Jahr einzelne Fälle von Neuralgien, insbesonders von Ischias, ohne besondere Auswahl ebenfalls mit Injektionen behandelt und fast ausnahmslos günstige Resultate gehabt. Es wurden zur Injektion Eukain β und zwar ungefähr für eine Injektion 30 cm^3 einer Lösung von Eukain β 0·5, Aq. dest. 30·0 verwendet. Das Verfahren war ungefähr

dasselbe, wie es Lange angegeben hat. Er geht so vor, daß er nach sorgfältiger Desinfektion der Haut den Nervus ischiadicus an seiner Austrittsstelle aus dem Foramen ischiadicum abtastet, dann mit Hilfe einer Schleichschen Spritze mit entsprechend langer Kanüle in der Haut eine Quaddel bildet und nunmehr direkt auf den Nerven unter gleichzeitigem Ausspritzen der Lösung einsticht. Der Stich durch die Haut und Muskulatur ist schmerzlos, dagegen zucken die Patienten zusammen, wenn die Nadel den Nerv berührt. Von elf Fällen, die mit Injektionen behandelt wurden, erzielte Vf. vollkommene Heilung in acht Fällen, Besserung in drei Fällen, die zu kurze Zeit in Behandlung waren. Absolutes Versagen der Injektion trat in keinem Falle ein. Die Injektionen wirkten ziemlich prompt bei akuter Ischias und Neuralgie und zwar in ein- oder zweimaliger Anwendung. Bei chronischen Fällen von Ischias mußten die Injektionen mehrmals wiederholt werden, erzielten aber dann auch Besserung resp. Heilung. Bei den Fällen von Ischias, verbunden mit Rheumatismus, war der Erfolg etwas unsicher. Bei der Einfachheit der Methode und bei der bisher allgemein beobachteten günstigen Wirkung glaubt Vf. dieselbe besonders in hartnäckigen Fällen empfehlen zu sollen. Eine andere Methode wird kaum in so kurzer Zeit so Erfolgreiches leisten; ob sie jedoch vor Rezidiven schützen wird, das muß erst eine längere Beobachtung lehren. Die benutzte Eukainlösung ist völlig ungiftig und sterilisierbar, so daß unangenehme Nebenerscheinungen bisher nicht aufgetreten, bei Wahrung der Asepsis auch nicht zu fürchten sind. Es ist empfehlenswert, der Eukainlösung noch einige Tropfen Suprarenin zuzusetzen. (Klin.-ther. Wochenschr. Nr. 14, 1907; Sond.-Abdr.)

Sogenannte hysterische Affektionen des Abdomens. Von Dr. La Roque, Richmond. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

La Roque beschreibt ausführlich zwei derartige Fälle, die wiederholt operiert wurden, jeder zuerst mittels Appendektomie, ohne daß diese erste Operation Erleichterung der Beschwerden, namentlich hinsichtlich der schweren Konstipation brachte. In dem ersten Fall bestand abgesehen von anderem, eine Krampf-Striktur des Rektums sowie eine Phantomgeschwulst des Unterleibs, die nach der zweiten Operation, die nichts Abnormes zutage förderte, fortdauerte. In dem zweiten Falle war mittels Rektoskop eine Geschwulst des Kolon diagnostiziert worden, welche sich bei der Laparotomie als eine durch starke Winkelbildung invaginierte Partie der Schleimhaut infolge des zu kurzen Mesosigmoids darstellte. Durch Durchtrennung des letzteren wurde die Kranke beschwerdefrei. — (The American Journal of the Medical Sciences. Nr. 423, Juni 1907.)

Behandlung der Migräne. Von H. C. Becker, New-York. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Bei der Behandlung der Migräne erzielt man nach Becker die besten Erfolge, wenn man im Anfangsstadium des Anfalls eingreifen kann; bei vielen Patienten besteht in diesem Stadium Depression, Reizbarkeit, allgemeine Mattigkeit, leichter dumpfer Schmerz über einem Auge oder im Hinterkopf. Sind solche Symptome vorhanden, so sollten Lesen oder andere Anstrengungen des Auges sofort weggelassen werden; der Patient soll ein salinisches Laxativ nehmen sowie ein heißes Senffußbad, sich hinlegen, womöglich in einem stillen, dunkeln Zimmer, und zu schlafen versuchen. Bei heftigerem Schmerze wird Kälteanwendung am Kopfe angenehm empfunden; innerlich gibt man Pulver von Phenazetin 0·6, Coffein. citr. 0·03, Codein. sulfur. 0·015, alle zwei Stunden. Gut wirken auch zweistündliche Gaben von Camphor. monobrom. 0·06 mit Extr. Cann. ind. 0·03. Setzt der Schmerz sehr plötzlich und heftig ein, so gibt man Extr. Ergot. 0·06 mit Codein 0·015, zweistündlich, zwei- bis dreimal. Nach Aufhören des Schmerzes fortbestehender Schwindel weicht oft dem galvanischen Strom. Die angegebenen Medikamente helfen auch bei dem gleichen Patienten nicht immer. Oft folgen einem Anfalle in den nächsten Tagen einige leichtere

nach; hier gibt man dreimal täglich 0·3 g Phenazetin, dabei leichte Diät.

Leute, die zu Migräneanfällen neigen, sollten sich vor allen Aufregungen hüten; im übrigen sind prophylaktisch etwa bestehende Neurasthenie, Refraktionsanomalien, Nasenverstopfung zu behandeln. Manche Fälle hängen auch mit uratischer Diathese zusammen oder mit Rheumatismus; hier gibt man im Anfall Phenazetin mit Kolchikum bezw. mit Salizyl und Brom. In solchen Fällen läßt man, besonders im Winter und Frühling, wo die Anfälle sich gern häufen, mehrmals wöchentlich baden, überwacht Stuhl und Diät. Einer kausalen Therapie dient auch die Behandlung etwa bestehender Anämie, habitueller Ostipation, Beseitigung beruflicher und sexueller Ueberanstrengungen. — (New-York Med. Journ. 25. Aug. 1906.)

Ueber manische und depressive Psychosen. Von Dr. R. Walker, Bern. Ref. Fritz Loeb, München.

Melancholie: Die Melancholie ist die häufigste Form der depressiven und manischen Psychosen. Sie kommt bei Frauen viel häufiger vor als bei Männern (3:1). Ein entscheidender Unterschied in der Symptomatologie und im Ausgang einer Melancholie in der Jugendzeit und einer Melancholie des Rückbildungsalters ist zurzeit nicht zu finden. Eine Hauptursache der Erkrankung liegt in der ererbten Disposition. Die erbliche Belastung ist eine viel größere als bisher oft angenommen wurde (72% bis 79%). Die Heredität scheint bei den Männern eine größere zu sein als bei den Frauen. Die größte Zahl der Erkrankungen kommt nach dem 35. Jahre vor. Frauen erkranken durchschnittlich in höherem Alter als die Männer. Das Klimakterium spielt als ätiologisches Moment eine sehr große Rolle. Anklänge an senile Involution hat Walker als Charakteristikum des Wesens der Manie nicht gefunden. Die Heilbarkeit ist bei den Männern eine größere als bei den Frauen; mit zunehmendem Alter nimmt die Heilbarkeit ab. Erblich Belastete haben eine günstigere Prognose als nicht Belastete. Es ist nicht erwiesen, daß akuter Beginn oder akute Genesung ein absolutes Kriterium für Periodizität ist.

Periodische Melancholie: Die periodische Melancholie kommt sowohl bei Männern als bei Frauen ungefähr gleich häufig vor, wie die einfache Melancholie. Sie ist bei den Frauen die zweithäufigste Form unter den melancholischen und manischen Formen. Die Frauen erkranken ungemein häufiger als die Männer (3:1). Heredität ist bei periodischer Melancholie erheblich öfter vorhanden als bei der einfachen Melancholie. Die Erkrankungen treten meist im Anschluß an die Pubertät und an das Klimakterium auf. Letzteres spielt eine viel geringere Rolle als bei der einfachen Melancholie.

Hypochondrische Melancholie: Die hypochondrischen Formen der Melancholie sind bei Männern unverhältnismäßig zahlreicher als bei den Frauen. Sie sind prognostisch ein ungünstiges Sympton. Die Heredität ist eine viel stärkere als bei einfacher und periodischer Melancholie.

Mania simplex. Die einfache Manie ist eine sehr seltene Krankheitsform, sowohl bei Frauen als bei den Männern. Sie kann in jedem Lebensalter vorkommen; ihr Verlauf hat wiederholt Anklänge an depressive Zustände. Die Aetiologie ist nicht sehr verschieden von der einer Melancholie. Immerhin spielt das Rückbildungsalter eine etwas geringere Rolle. Sie sieht darin der Aetiologie der periodischen Melancholie ähnlich. Die endogenen Ursachen (Disposition, Heredität) scheinen nicht mehr ausschlaggebend zu sein als bei der einfachen Melancholie. Die Aussichten auf Genesung sind günstiger als bei einfacher Melancholie und die Dauer der Krankheit ist bei den günstigen Fällen eine erheblich kürzere als dort.

Periodische Manie: Die periodische Manie ist wie die einfache Manie eine sehr seltene Erkrankung. Sie ist in Aetiologie, Symptomatologie und Ausgang von der einfachen Manie nach den Beobachtungen Walkers kaum verschieden. Die periodische Manie ist eine

vorwiegende, aber nicht ausschließliche Krankheit der jüngeren Jahre.

Zirkuläre Form, manisch-depressiv im engeren Sinne: Vf. rechnet hiezu alle jene psychischen Störungen, die periodisch auftreten und die in ihren Anfällen den Charakter der reinen Manie oder reinen Melancholie oder ihrer Mischformen bewahren. Diese Psychose ist eine recht häufige Krankheit, sowohl bei Männern wie bei Frauen. Ihre einzelnen Phasen unterscheiden sich symptomatologisch nicht von einer einfachen Manie resp. Melancholie. Aetiologie und Ausgang sind die gleichen wie bei den anderen besprochenen periodischen Formen. Die Heredität tritt ganz besonders als Ursache in den Vordergrund. Diese Form ist nicht eine ausschließliche Erkrankung des Jugendalters. Ob „Hirntraumen" ätiologisch von Wichtigkeit sind, ist noch nicht geklärt. — (Arch. f. Psychiatrie H. 3, 1907.)

Chirurgie.

Tuberkulose.

1. Ueber die Dauererfolge chirurgischer Behandlung der Kniegelenkstuberkulose. Von Otto Heininger. Ref. Fritz Loeb, München.

2. Die Behandlung der tuberkulösen Koxitis im Kindesalter. Ref. Vulpius, Heidelberg. (Autorreferat.)

3. Die Behandlung der Hüftgelenktuberkulose. Von Goldweit, Boston. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

1. Nach den Erfahrungen von Otto Heiniger (Inselspital Bern) ist die Kniegelenkstuberkulose in einer großen Zahl von Fällen heilbar. Sie ist in der Regel umso eher heilbar, je gründlicher der Sitz des Leidens behandelt und je früher er entfernt wird. Je jünger das Individuum ist, umso günstiger in Bezug auf einen dauernden Erfolg gestaltet sich die Prognose, je älter die Person, umso ungünstiger wird die Prognose im allgemeinen. Allgemein kann man sagen, daß für die Kniegelenkstuberkulose das mittlere Lebensalter, d. h. die Zeit vom 25. bis 35. Altersjahr die günstigsten Heilerfolge zu verzeichnen hat, außerdem allerdings auch das Kindesalter. Für Kinder ist die konservative Behandlung eventuell Arthrotomie, für das mittlere Lebensalter die Arthrektomie und Resektion und für das höhere Alter die Amputation in der Regel die maßgebende Behandlungsmethode. Weitaus der größte Teil der Erkrankungen, die zur Ausheilung kommen, büßen die Beweglichkeit des Gelenkes ein, dazu tritt meist eine Verkürzung der Extremität. Die Ankylose ist ein wünschbarer Vorgang und gestattet dem Kranken, sich seines Beines in relativ guter Weise zu bedienen. Die Funktion darf allgemein als eine befriedigende, zum Teil sehr gute betrachtet werden. — (Diss., Bern 1906.)

2. Betonung der Wichtigkeit einer sorgfältigen Allgemeinbehandlung. Für die örtliche Therapie ist Fixation und Entlastung das wichtigste Moment. Der Gehgipsverband erfüllt alle genannten Indikationen bei guter Technik und fördert die Ausheilung in funktionell günstiger Stellung, d. i. leichte Flexion, leichte Abduktion.

Der Abszeß wird mit Punktion behandelt. Fortdauernde Schmerzen trotz der geschilderten Behandlung, Fistelbildung mit lebhafter Eiterung, Fieber erfordern die Resektion, die nicht zu lange hinausgezögert werden soll. Ankylosen in funktionell ungünstiger Stellung (Abduktion) werden besser durch trochanten Osteotomus als durch Redressement beseitigt. — (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, Nr. 20, 1906.)

3. In seinen Ausführungen wünscht Vf. mehr die Grundsätze zu betonen, auf welchen seiner Ansicht nach die Behandlung beruhen soll, als zu versuchen, bestimmte Apparate oder technische Formen zu empfehlen. Die Anwendung der Grundsätze in einem bestimmten Falle muß dem überlassen bleiben, der für diesen verantwortlich ist, gleichgiltig, ob sein Apparat oder seine Methode denen ganz und gar nicht gleichen, die bisher gebräuchlich sind. Seine Erfahrungen gründet Vf. auf langjährige Spital- und Privatpraxis. Bei der Behandlung der Hüftgelenkstuberkulose soll man sich besonders daran erinnern, daß die Krank-



heit eben Tuberkulose ist, und deshalb kann nicht Nachdruck genug auf allgemeine hygienische Maßregeln gelegt werden. Denn der Besserung des allgemeinen Zustandes des Kranken bei Beobachtung solcher entspreche auch die lokale Besserung. Das Hauptprinzip der Lokalbehandlung ist Schutz des Gelenkes vor Reizung durch Gebrauch oder durch Muskelspasmus. Die Beschränkung der Bewegungen des Gelenks, bezw. der Grad und die Dauer dieser Beschränkung hängt von dem betreffenden Falle ab. Die besten Resultate gab dem Vf. in frischen Fällen, wo Deformität sich eingestellt hat, eine Spica von Pariser Pflaster von oberhalb des Knies bis oberhalb des Darmbeinkammes in physiologischer Ruhelage der Hüfte. Diese Lage wurde gewählt, um den Muskelspasmus regulieren zu können, der überwunden werden muß, ehe eine Behandlung befriedigend ins Werk gesetzt werden kann.

Die Stellung, in welcher die Balance zwischen den verschiedenen Muskelgruppen am vollkommensten erhalten wird, ist diejenige, bei welcher der Kopf des Femur am leichtesten und eben in der Pfanne ruht, das ist 20° Beugung, 15 zu 20° Abduktion und 10° Auswärtsrotation. In dieser Stellung soll der Pariser Pflasterverband von oberhalb des Knies bis oberhalb des Darmbeinkammes angelegt werden. Das Knie wird nicht in den Verband einbezogen, auch wird nicht versucht, die Spina inferior zu immobilisieren, da die Beweglichkeit der Nachbargelenke von Wichtigkeit für die Zirkulation des erkrankten Teiles ist. Bei frischen Fällen sollen die betreffenden Kranken ermächtigt und dazu encouragiert werden, herumzugehen und das Gewicht auf das Bein zu legen. Dieses Prinzip entspricht dem, daß man gerade bei der Tuberkulose der Lunge die letztere in günstigen Klimaten Atemgymnastik üben läßt.

In zwei oder drei Monaten soll der Pariser-Pflasterverband abgenommen und wieder angezogen werden, bis erwiesen ist, daß die aktive Erkrankung vorüber ist, was nach Schmerz und Muskelspasmus sich beurteilen läßt. Ist dies erreicht, dann soll ein Verband kommen, der mehr Bewegung erlaubt. Für diesen Zweck genügt vollständig eine Schiene aus steifem Leder, von derselben Form wie die Schiene des Pariser-Pflasters. Diese ist nicht so rigid und kann auch leicht entfernt werden für andere Zwecke, wie z. B. zum Baden. Nach einiger Zeit wird auch diese Schiene über Nacht und allmählich ganz weggelassen; im übrigen wird diese Schiene mit der Zeit weicher, so daß der Uebergang vom Starren zum Nichts kein plötzlicher ist.

Ist der Fall ein mehr akuter oder länger dauernder mit Difformitäten, kann es unter Umständen nicht möglich sein, die gewünschte Stellung des Gelenkes sofort zu erreichen, dann muß der Patient zu Bett, mit Zugverband und so behandelt werden, bis man die gewünschte Stellung erreichen kann.

Der Patient liegt auf dem Rücken, das Bein dabei erhoben und unterstützt in der Stellung der Difformität. In dieser Position wird der Zug angewendet durch Gewichte und Rolle und dieser fortgesetzt, bis der Muskelspasmus soweit überwunden ist, daß das Bein gestreckt werden kann. Ist dies vollendet, dann soll der Pariser-Pflasterverband oder ein anderer in der Stellung physiologischer Ruhe angelegt werden und der Zug aufhören. Für kurze Zeit soll dann der Patient zu Bett bleiben, dann später auf und abgehen, zuerst mit Krücken, die mehr und mehr aufhören sollen, Lastträger zu sein, soweit dies ohne Entstehen von Schmerzen möglich ist.

Wenn ein solcher Verband — was selten ist — die Empfindlichkeit und den Spasmus nicht beherrscht, so muß man ihn zum Zwecke stärkerer Immobilisierung der Hüfte bis zu den Zehen und zu den Rippen verlängern oder es muß eine Zugschiene von Taylor oder Dane-Pflaster in Gebrauch genommen werden. Bald nach Zessieren der akuten Symptome soll jedoch dieser Verband durch den vorgenannten ersetzt werden.

In leichten Fällen geht die Heilung, bezw. die Einkapselung des Herdes schnell vor sich und es läßt sich mit der Zeit die Erkrankung nur schwer erken-

nen, in schweren Fällen ist es besser, wenn eine Ankylose des Gelenkes entsteht.

Vf. bespricht weiter die operative Behandlung, nicht ohne nochmals zu betonen, daß vorher der Versuch gemacht werden muß, den Kranken unter günstigere äußere Bedingungen zu setzen, mit gleichzeitiger Behandlung des Gelenkes in obigem Sinne.

Zur bloßen Exploration des Gelenkes zieht Vf. die vordere Inzision vor, da man nicht so viel Muskelzusammenhänge opfern muß; bei ausgedehntem Prozesse aber ist die hintere Inzision besser, da sie das Gelenk freier macht. Dabei soll man sich gegenwärtig halten, daß doch nicht alles tuberkulöse Gewebe entfernt werden kann, und deshalb auch auf die Operationszeit achten, um die Möglichkeit von Resorption hintanzuhalten. Aus letzterem Grunde soll die Wunde, bevor sie geschlossen wird, mit Jodtinktur ausgewischt werden. Zur Nachbehandlung wird das Bein in einem festen Verbande und in der Stellung gehalten, die am besten für die Funktion ist für den Fall, daß Ankylose eintritt; etwas mehr Abduktion, als oben beschrieben, muß jedoch hier angewendet werden zum Zwecke der Verlängerung des Beines. Der baldige Gebrauch des Beines wird auch hier empfohlen, unter Benützung von Krücken.

Ist es möglich, den Herd allein zu entfernen — die Lokalisationsdiagnose geschieht mittels Röntgen-Strahlen — dann soll dies gemacht werden. Dabei kann eventuell das Gelenk geschont werden; vor Resorption von Krankheitskeimen soll man die Wunde durch Jodtinktur schützen, eine Drainage soll nur zum Zwecke des Ablaufes eines postoperativen Exsudats angelegt werden.

Die Korrekturen von alten Difformitäten sollen unter Berücksichtigung der Gefahr, daß dadurch ein alter Prozeß wieder aufflackern könnte, nur zu dem Zwecke gemacht werden, daß, im Falle eine leichte Beweglichkeit noch vorhanden war, durch den Heilungsprozeß eine feste Ankylose entsteht. Ist jedoch die Difformität eine fixe, dann muß die Osteotomie gemacht werden. Vf. bespricht im weiteren Verfolge die Arten der letzteren und die Aussichten derselben, besonders den oblique - trochanterischen Schnitt und die Stellung des Beines nach demselben.

Diese Operation soll aber nicht vor dem 18. Lebensjahre gemacht werden, da der obere Teil des Femur bis zu diesem Alter nicht völlig ossifiziert ist. Muß die Operation doch vor diesem Alter vorgenommen werden, dann muß die Fixation mindestens 5—6 Monate dauern, während sonst drei Monate genügen. Weiter bespricht Vf. die Indikation und Ausführung der artifiziellen Pseudarthrose. Bei Besprechung des Abszesses will Vf. nur inzidiert wissen, wenn die Spannung der Gelenkskapsel große Schmerzen verursacht; sonst soll der Abszeß nicht gestört werden, bis er nicht an die Oberfläche kommt. In letzterem Falle soll der Eiter aspiriert und bei Anfüllung der Höhle immer wieder aspiriert werden; ist eine freie Drainage notwendig, soll nur eine kleine Inzision oder mehrere Inzisionen gemacht werden. Nach einer solchen Drainage soll nur für 3—4 Tage ein Docht eingelegt und dann die Heilung anzuregen versucht werden. Auskratzung und Ausspülungen sind hier nach Vf. kontraindiziert; erstere wegen der Eröffnung von Resorptionsstellen, letztere, weil leicht andere Organismen bei diesen Spülungen in die Höhle eindringen könnten. Bei diesen Abszessen sollen die Verbandwechsel lieber selten vorgenommen werden. Zum Schlusse verbreitet sich Vf. noch über die Opsonine-Behandlung der Erkrankung. Nach seiner Ansicht ist die Methode zu neu, um von ihren Verdiensten zu sprechen, doch hat sie schon wohltätig gewirkt und hält sie so Schritt mit dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaft, daß sie vernünftig erscheint und versucht werden sollte, umsomehr, als wenig bei ihr riskiert ist, wenn die entsprechende Vorsicht angewendet wird. — (Boston Medical and Surgical Journal, Nr. 7, Bd. 156, 14. Febr. 1907.)

Orthopädie. Ref. Vulpius, Heidelberg.

1. Die Behandlung der Tarsalgie des entzündeten Plattfußes. Von Calot, Berck.

2. Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes. Von Calot, Berck.

1. Nach einer kurzen Beschreibung der Symptome des Plattfußes, der Differentialdiagnose gegen Rheumatismus und Tuberkulose bespricht Calot die von ihm geübte Behandlung.

Bei leichten Fällen, bei welchen der Fuß nur während der Belastung sich abflacht und schmerzhaft ist, macht er tägliche Massage und redressierende Manipulationen, im übrigen läßt er eine schiefe Sohle mit 2 cm (!) Differenz tragen. Unter Umständen steigert er die die Supination dadurch, daß er mit der Sohle einen Hebel verbindet, der an dem Stiefel mit einem Stahlblech befestigt und an den Unterschenkel mit zirkulärem Gurt herangedrängt wird.

Besteht ein entzündlicher Plattfuß, so beseitigt er den Spasmus entweder durch Narkose, worauf sechs Wochen lang der redressierte Fuß in Gipsverband gelegt wird, oder er umgeht die Narkose durch täglich zweimal wiederholte forcierte Massage und Manipulationen. Die Nachbehandlung geschieht dann wie beim einfachen Plattfuß mit schiefer Sohle oder Hebelvorrichtung.

Einlagen benützt er demnach nicht. (!) Ebensowenig greift er bei alten Fällen zum Messer. — (Journal des Praticiens Nr. 18, 1907.)

2. Calot versichert, daß der Klumpfuß jeden Alters ohne blutigen Eingriff heilbar ist.

Bei Kindern der arbeitenden Klasse beginnt er die Behandlung erst nach sechs Monaten und zwar macht er dann sofort das modellierende Redressement.

Bei Kindern der besitzenden Klasse dagegen macht er schon in den ersten Tagen regelmäßige redressierende Manipulationen und bandagiert auf eine einfache Hebelnachtschiene. Ist im Alter von sechs Monaten die Deformität noch nicht völlig beseitigt, so geschieht dies jetzt in einer Narkosensitzung. Er redressiert erst die Adduktion des ganzen Fußes, dann die Einrollung des Vorderfußes, dann die Supination, die Equinusstellung des Vorderfußes (Hohlfuß) und der Ferse.

Zum letztgenannten Zweck verwendet er die subkutane Tenotomie. Es muß reichliche Ueberkorrektur erzielt sein, ehe der Fuß in Gipsverband gelegt wird. Die Verbandperiode dauert in unteren Bevölkerungsklassen acht Monate, bei Wohlhabenden zwei bis drei Monate.

Der Fuß wird dann aber noch einige Monate hindurch in einer Zelluloidhülse festgehalten, massiert usw.

Hauptsache ist und bleibt aber starke Ueberkorrektur durch das Redressement, andernfalls ist das Rezidiv unausbleiblich. — (Journal des Praticiens Nr. 23, 1907.)

Peritonitis. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

1. Diffuse Peritonitis im Gefolge von Appendizitis bei jungen Kindern mit klinischem Bericht über sieben Fälle. Von Dr. Smith, Boston.

2. Diffuse eiterige Peritonitis. Von Dr. Blake, Newyork.

3. Prophylaxe und Behandlung der Infektion des Peritoneums mittels Nukleins, Von Prof. Chantemesse, Paris.

1. Das Studium seiner Fälle überzeugte Smith, daß die Appendizitis bei Kindern gewisse besondere Züge trägt, die der der Appendizitis bei Erwachsenen nicht insgesamt angehören und auch gewöhnlich in den betreffenden Fachwerken nicht besonders hervorgehoben werden. Die vielleicht auffallendste Erscheinung ist die Tatsache, daß die bei den Operationen gefundenen pathologischen Zustände mit der Dauer der Krankheit in gar keinem Verhältnisse standen. Einen Fall ausgenommen, hatte die diffuse Peritonitis im Durchschnitt von den Initialsymptomen in weniger als 48 Stunden sich entwickelt. Dieses Mißverhältnis zwischen Krankheitsdauer und anatomischem Befund kann die eine der folgenden Ursachen oder beide haben: Entweder ist der Verlauf der Appendizitis rapider bei Kindern als bei Erwachsenen, oder der Prozeß dauerte schon einige Zeit an bevor das Kind das erste Zeichen äußerte und somit würde die Dauer der Krankheit nach der Krankengeschichte nicht



die wahre Dauer darstellen. Aus mancherlei schließt S m i t h, daß Kinder wahrscheinlich einen aktiven Prozeß im Appendix schon einige Zeit in sich tragen, bevor sie ein Symptom wahrnehmen lassen.

Ist einmal der Appendix perforiert, dann ist der Verlauf der Peritonitis zweifellos außerordentlich rapid; das Kind hat eine relativ schwächere Widerstandskraft ist demgemäß schneller durch Toxämie überwältigt und geschwächt. S m i t h will nicht entscheidend behaupten, bei Kindern sei eine große Ruptur die Regel, doch die Rupturen, die er bei Erwachsenen sah, waren in der Regel kleine, während in fünf von seinen sieben Fällen die Perforation im Durchmesser größer als eine gespaltene Erbse war. Bezüglich der Symptome erwähnt S m i t h die Nahrungsverweigerung als frühestes Zeichen, daß das Erbrechen gewöhnlich vor den Schmerzen komme, der Puls sehr schnell und von schwachem Druck, die Temperatur relativ niedrig sei. Kinder bekommen wahrscheinlich einen charakteristischen Dekubitus, sie liegen auf der rechten Seite einen oder beide Schenkel gebeugt. Bauchdecken-Spasmus fehlte in fünf Fällen. Eine gewöhnliche Komplikation ist Azetonemie (Azetonurie, Säure-Intoxikation), nach dem operativen Eingriff, dies ist aber von schwerster Bedeutung; insbesondere wenn ein Kind bei hohem Puls nach der Operation fortwährend erbricht, muß der Urin untersucht und bei Azetonurie doppelkohlensaures Natron und Kognak gegeben werden.

Sekundärer Abszeß ist nicht häufig, Kotfistel bei ausgedehnter Gangrän des Appendix nicht selten, Inhalationspneumonie bei ungenügender oder ungeeigneter Aethernarkose, postoperative Auftreibung häufig bei ausgedehnter Peritonitis, hiebei sind nur Einläufe anzuwenden.

S m i t h bespricht des weiteren die Differentialdiagnose gegenüber Lobärpneumonie, Darmobstruktion und Typhus, doch gibt er zu, daß letztere kaum jemals für eine akute Peritonitis gehalten werden kann. Bezüglich der Behandlung stellt S m i t h den Satz auf: Die akute diffuse Peritonitis ist eine chirurgische Krankheit. Die Irrigation ist die empfehlenswerteste Methode der Reinigung der Peritonealhöhle. Die Drainage verwirft er nicht, für dieselbe empfiehlt er Gummi oder Glas und besonders eine entsprechende Lagerung (Lagerung nach Fowler.)

Für die Operation ist ihre Schnelligkeit, Gründlichkeit und Vermeidung von Traumen die Hauptsache, als Narkose soll allgemeine Aethernarkose am sichersten sein. Zur Nachbehandlung empfiehlt er namentlich für Kinder baldigste kräftige Ernährung, das Aufpeitschen mit Stimulantien hindert nicht, daß die Kinder durch Erschöpfung und Unterernährung sterben. Die Tatsache, daß die Kinder nach der Operation Nahrung zu sich nehmen, ist nach S m i t h s Meinung ein genügender Beweis dafür, daß sie dieselbe auch verwerten können. Hinsichtlich der Prognose äußert sich S m i t h dahin, daß die Mortalität hoch ist, daß das F e h l e n d e s S p a s m u s von Schmerzen und Empfindlichkeit, ebenso wie die Anwesenheit der Auftreibung der allgemeinen Paralyse auf Grund von Toxämie zugehört. Bei Fällen mit beträchtlicher Auftreibung, geringen abdominellen Schmerzen und geringer Empfindlichkeit, geringen oder keinem Spasmus ist aus diesem Grunde die Prognose sehr ernst. — (Boston Medical u. Surgical Journal Nr. 13, 1907.)

2. B l a k e fand, daß die Anwendung der Drainage offenbar wenig Einfluß auf die Resultate hat. Persönlichen Eindrücken entsprechend, hält B l a k e dafür, daß die Patienten sich besser erholen ohne Drainage, doch kann man hier keine festen Grundzüge aufstellen, einige brauchen die Drainage, andere nicht; einige scheinen im Gegensatz zu anderen besser zu fahren mit Irrigation; manche sterben, ob drainagiert oder nicht, ob irrigiert oder nicht. — (The American Journal of the Medical Sciences Nr. 420, 1907.)

3. C h a n t e m e s s e hat im Lauf von zehn Jahren auf seiner Typhusabteilung



zahlreiche Fälle von Darmperforation beobachtet und die Ueberzeugung gewonnen, daß im allgemeinen kein eigentliches, für die Perforation sprechendes Zeichen besteht. Alle in den klassischen Lehrbüchern angegebenen Symptome seien durch die folgende Peritonitis bestimmt und können bei der typhösen Peritonitis auch ohne Perforation bestehen und sie könneu fehlen oder in sehr geringem Maß im Beginn einer bereits vollzogenen kleinen Perforation vorhanden sein. Der Arzt befindet sich fast immer vor einer beängstigenden moralischen Verantwortung, denn die Laparotomie ist das einzige bekannte Mittel, um die Infektion des Peritoneums aufzuhalten oder zu mäßigen und schon acht bis zehn Stunden nach der Perforation sind die Chancen der Operation sehr herabgesetzt. Ueberläßt man eine Darmperforation im Verlauf eines Typhus sich selbst, so geht der Kranke zwei bis fünf Tage nach Beginn der Komplikation zugrunde. In der Phagozytose, durch deren Entdeckung die allgemeine Therapie der Infektionskrankheiten in eine neue Bahn gelenkt wurde, ist das Mittel gegeben, um die Widerstandsfähigkeit des Kranken auf zehn Tage zu erstrecken und sogar Heilung ohne Operation zu ermöglichen, wenigstens in solchen Fällen, wo die Perforation klein und so gelegen ist, daß sie durch das Netz verstopft werden kann. Um diesen natürlichen Schutz zu begünstigen und zu fördern, wird durch Chinin bei Malaria, das spezifische Serum bei Typhus und Diphtherie, Hyperleukozytose erzeugt und bewirken bei der Pneumonie die intravenösen Injektionen von Kollargol anfangs eine leichte Leukolyse und dann Hyperleukozytose. Chantemesse verwendet das schon von Mikulicz und einigen amerikanischen Chirurgen gelobte Nuklein in Form einer 1%igen Lösung von nukleinsaurem Natrium in physiologischer Kochsalzlösung subkutan an. Wiederholt sah er bei Kranken, die im Verlauf eines Typhus nach einer Darmblutung heftige Schmerzen im Bauch bekamen, nach subkutaner Injektion einer sterilen Lösung von nukleinsaurem Natrium, die Schmerzen innerhalb 24 Stunden ganz oder fast vollständig verschwunden. Nach wiederholten Injektionen nach zwei oder drei Tagen verschwanden die Schmerzen ganz, der Leib wurde weich und die normale Leberdämpfung stellte sich wieder her. Während des Eintritts der Veränderungen dieser lokalen Erscheinungen blieb das Allgemeinbefinden der Kranken gut, die Temperatur fiel nach einer vorübergehenden drei bis vier Stunden nach der Injektion eintretenden Steigerung ab, der Puls wurde seltener und die Kranken erholten sich. Es ist schwer zu sagen, ob in diesen Fällen eine kleine Darmperforation vorhanden war. Zwei Patienten lebten noch zwölf Tage nach Beginn der Perforation, offenbar dank den zwei oder drei verabreichten Nukleininjektionen, die 15 bis 18 Stunden nach Eintritt der Perforation gemacht wurden, als schon die klassischen Erscheinungen der Peritonitis vorhanden waren. Die Kranken lehnten später die Operation ab und bei der Obduktion der an der langsam verlaufenden Peritonitis Verstorbenen fand sich ein Peritoneum bei welchem der leukozytäre und bindegewebige Kampf bereits orgauisiert und die selbst großen Perforationen verstopft waren. Die so energische Widerstandsfähigkeit des Peritoneums in diesem Fall ist auf die Veränderungen im Zustand des Bluts und auf die Reaktion der Leukozyten unter dem Einfluß der Nukleineinspritzungen zurückzuführen. Sowohl beim Menschen wie beim Tier findet man sechs bis acht Stunden nach der Einspritzung des Nukleins unter die Haut, eine vorwiegend mononukleäre Hyperleukozytose, welche zirka 48 Stunden stetig zunimmt und vier bis fünf Tage anhält, wobei sie allmählich wieder abnimmt. Die Zahl der Leukozyten erreicht in wenigen Stunden das Doppelte und darüber. Nach Einspritzung von 1 cg einer 1%igen Lösung von nukleinsaurem Natrium in die Armvene tritt ein aseptisches Fieber bis zu 40° von kurzer Dauer binnen zwei bis drei Stunden ein läßt ein Gefühl von Wohlbefinden zurück. Tötet man ein Tier im Stadium der hyperleukozytären Reaktion, so findet man

auch eine gesteigerte Reaktion der Leukozyten im adenoiden Gewebe der Milz, der Lymphdrüsen und des Knochenmarks. Beim Menschen spritzt man am besten subkutan ein. Eine sterile Injektion von 40 ccm³ physiologischer Kochsalzlösung, welche 0·40 nukleinsaures Natrium enthält ein oder zweimal in die Flankengegend oder in die äußere Fläche der Oberschenkel vorgenommen, erzeugt nach einigen Stunden örtlichen Schmerz, den man durch Anwendung eines opiumhaltigen Kataplasmas stillt usw. Die Injektionen können unter Herabsetzung der Dosen nach zwei oder drei Tagen wiederholt werden. Die Wirkung des nukleinsauren Natriums auf das Blut läßt sich bestimmen durch den opsonischen Index. Das durch Nuklein erzeugte Fieber und Unwohlsein, welche einige Stunden dauern, wird umso schlechter vertragen, je kranker sich der Patient fühlt. Bei einem widerstandsfähigen Individuum bildet eine am Vortage der Laparotomie ausgeführte Nukleininjektion eine wunderbere Vorbereitung des Peritoneums behufs Erhöhung des Widerstands gegenüber einer möglichen operativen Infektion; jedoch bei einem sehr kranken Menschen würde Laparotomie und Nukleininjektion als doppelter Shok wirken. Nach einer Darmperforation braucht die Infektion des Peritoneums mehrere Stunden zu ihrer Entwicklung, während welcher Zeit ein gleich im Beginn der Entzündung eingespritztes Nuklein wirken kann. Die Wirkung des Nukleins beschränkt sich nicht nur auf die Typhus-Peritonitis. Unter dem Einfluß des Mittels wird der Verlauf des Erysipels und der Pneumonie günstig beeinflußt; der Unterschied zwischen der Wirkung des Kollargols und des Nukleins ist nur der, daß letzteres energischer ist. — (Klin.-therapeut. Wochenschr. Nr. 25, 1907.)

Augenheilkunde.

Anästhesie der Augenheilkunde. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

1. Lokalanästhesie bei Exenteratio und Enucleatio bulbi. Von Prof. Dr. Siegrist, Bern.

2. Einige Betrachtungen über Novokainanästhesie in der Augenheilkunde. Von Dr. Wicherkiewicz, Krakau.

1. Siegrist benützt seit Jahren zur Erzeugung der Lokalanästhesie eine 2·0 g haltige Glasspritze mit leicht gebogenem Ansatz. Nachdem Kornea und Konjunktiva gut durch dreimaliges Einträufeln einer 2%igen Kokaïnlösung, welche nach der Sterilisation durch Kochen einige Tropfen Adrenalin (Parke-Davis) beigefügt erhielt, anästhesiert wurden, faßt er die Conjunctiva bulbi samt der Kapsel der Reihe nach oben, unten, nasal und temporal mit einer Pinzette, zieht sie etwas nach vorn und sticht mit einem gebogenen Spritzenansatz die Konkavität desselben dem Bulbus zugekehrt, in die entstehende Schleimhautfalte ein und gelangt mit der Spitze leicht zwischen Bulbus und Orbitalwand nach hinten bis zur Eintrittstelle des Sehnerven wie der Ziliarnerven. So gelingt es sehr rasch, oben, unten, nasal und temporal je 0·75 g einer 2%igen Novokaïnlösung mit etwas Adrenalinbeimischung in die Umgebung der eintretenden Ziliarnerven zu injizieren. (Die 2%ige Novokainlösung muß nach der Sterilisation durch Kochen noch unbedingt einige Tropfen Adrenalin beigemischt erhalten.)

Eine bis zwei Minuten nach diesen Injektionen kann mit der Enukleation oder Exenteration begonnen werden. Der Patient empfindet, wenn die Injektionen richtig gemacht wurden, während der Operation nicht den geringsten Schmerz, ganz gleichgiltig, ob das Auge sehr stark injiziert ist oder nicht, oder ob es druckempfindlich ist oder nicht. Bei einer Injektionsmenge von 3·0 in toto beobachtete Vf. niemals irgendwelche Intoxikationserscheinungen. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jänner 1907, Sonder-Abdr.).

2. Die ziemlich hohe Giftigkeit des Kokains, seine Wirkung auf die Pupille und die bei Extraktionen oft unangenehm sich geltend machende Hypotonie des Augapfels haben den Vf. veranlaßt, sich nach einem Ersatzmittel des Kokaïns umzusehen. Vf. hat Novokain in 1 bis

2%ige Lösungen gebraucht und gefunden, daß es etwas schwächer als das Kokain die Bindehaut und Hornhaut anästhesiert. Zeit des Eintritts und Dauer der Anästhesie ist die gleiche wie bei Kokain, doch hat Novokain keinen Einfluß auf die Weite der Pupillen oder auf die Akkomodation und hat in dieser Hinsicht vor dem Kokain einen nennenswerten Vorzug. Hypotonie nach Novokain ist auch nicht ausgesprochen, was bezüglich der Expulsion der Starreste dem Mittel einen Vorrnng geben würde. In einer ganzen Reihe von Fällen wurden Extraktionen von Altersstaren unter Novokain-Anästhesie vorgenommen. Es wurde in 2%ige Lösungen in Anwendung gebracht, doch konnte Vf. keinen wesentlichen Vorteil vor dem Kokain nachweisen. Es schien jedoch die Wundschließung eine Verzögerung zu erleiden, so daß Vf. bald vom Weitergebrauch dieses Mittels absehen mußte. Als Anästheticum bei Konjunktivaloperationen oder zur Beseitigung von Schmerzen nach Applikation von kaustischen Mitteln hat das Novokain keinen Vorzug vor dem Kokain. Dagegen hat Novokain entschieden eine Tiefenwirkung bei subkutaner und subkonjunktivaler Applikation, wie sie dem Kokain nicht abgewonnen werden kann. Operationen von Symblepharon, Exstirpationen von Tumoren der Lider etz. verliefen unter Novokainanwendung meist schmerzlos. Vf. kombinierte nun die Schleichsche Infiltrationsanästhesie mit Hilfe von Novokain zuerst gelegentlich einer vorzunehmenden Implantation eines Kaninchenauges in die durch die Enukleation frei gewordene Tenonsche Kapsel bei einem Kranken mit Herzfehler. Es wurde mit einer Glasspritze folgende Lösung subkonjunktival zunächst in der Richtung der vier geraden Augenmuskeln eingespritzt: Novokain 0·125, Suprarenin 0·00016, Natr. chlor. 0·225, Aqu. dest. 25·0. Nach Umschneidung der Konjunktiva etz. wurde mit einer gekrümmten Spritzkanüle hinter dem Bulbus 1/4 cm³ derselben Lösung eingespritzt. Nach einigen Minuten schritt Vf. zur Durchschneidung des Optikus und des Ziliarnerven, die ohne die geringste Schmerzäußerung verlief, wie die ganze weitere Operation. Dauer der Anästhesie, sowohl bei der Enukleation als auch bei plastischen Lidoperationen und Tumorexstirpationen, die nicht über 10 Minuten dauerten, reichten aus, um die Operation schmerzlos zu Ende zu führen. Man sollte immer darauf Bedacht nehmen, die Infiltration genau in den oberen Schichten der Haut im Bereich des Operationsfeldes zu führen, und dann nach Bedarf tiefere Einspritzungen nachzuschicken. Spätschmerzen traten nicht auf, doch zeigte sich die Infiltrationsanästhesie für Implantation von Kaninchenaugen gegenüber der Narkose insofern deterior, als die Infiltration des Gewebes den Heilungsverlauf etwas verzögert. — (Wochenschr. f. Therapie u. Hygiene d. Auges, Nr. 20; Sep.-Abdr.)

Dionin bei Augenkrankheiten. Von Dr. Williams, Illinois. Ref. Ott, Benediktbeuern.

Vf. hält das Dionin für das wertvollste Medikament, das seit Einführung des Kokains in die ophthalmologische Therapie aufgenommen wurde. Dionin, in Lösung, Salben oder Pulverform in den Konjunktivalsack gebracht, erzeugt, nach der Bezeichnung der Patienten, ein Beißen, das bald für mehrere Stunden von einem angenehmen Gefühl gefolgt wird. Die angewandte Lösung und Salbe ist 1—10:100 und soll ein besonderer Effekt erzeugt werden, kommt Dionin als Pulver in Anwendung. In einer nicht entzündeten Bindehaut ruft Dionin keine Veränderung hervor; in einem unter pathologischen Verhältnissen befindlichen Auge beginnt jedoch in ein paar Augenblicken die Kongestion, die jedoch mit jeder neuerlichen Anwendung abnimmt. Fast bei allen Affektionen brachte Vf. Dionin mit sehr gutem Erfolge zur Anwendung: Bei gonorrhoischer Iridozyklitis, bei Trachom, besonders wenn die Körner lederartig wurden (hier Massage mit 10%iger Lösung), bei Pannus, ferner bei der bei schlecht genährten Kindern so häufigen phlyktenulären Keratitis, bei infizierten Wunden nach Katarakt-Operation und Iridektomie, bei Iritis, Iridozyklitis und Hyalitis. Ohne besonderen

Wert erwies sich das Mittel bei der gewöhnlichen Form der Chorioiditis und Retinitis und bei alten Glaskörpertrübungen. Bei subakutem und chronischem Glaukom hatte es zwar keinen permanent kurativen Erfolg, doch reduzierte es den Druck und erleichterte die Schmerzen. Den wertvollsten Dienst leistete Dionin bei Hornhauttrübungen; bei frischen war es noch wirksamer als bei alten. Bei der parenchymatösen Keratitis verschafft es (zwei- bis dreimal täglich angewendet) Erleichterung, dabei wird es zeitweise für 8 bis 10 Tage ausgesetzt. Die Patienten leiden bei Anwendung von Dionin weniger, die Krankheit verläuft kürzer, es entsteht keine so starke Trübung und resultiert bessere Sehschärfe als früher. Gleich günstig war der Erfolg der Einträufelung einer 1—2%igen Lösung bei Schmerzen infolge Ueberanstrengung der Augen. In einem Falle von lokomotorischer Atoxie, bei welcher Vf. zu keiner positiven Diagnose kam, besserten sich durch Dionin die Schmerzen in den Augen sehr, der einzige pathologische Befund war in diesem Falle eine kleine träge Pupille [Krankheitsgeschichte]. — (Merks Archives, Mai 1907.)

Zur Behandlung zentraler Augennervenleiden luetischen Ursprungs mit Atoxyl. Von O. Waterman. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Nachdem bei tabischen Optikusatrophien Jod so gut wie nicht, Quecksilber sogar direkt schädlich wirkt, lag es nahe, in derartigen Fällen das neuerdings als Antiluetikum empfohlene Atoxyl zu versuchen. Vf. prüfte das Mittel in zehn Fällen zerebraler Lues und tabischer Atrophie. Als Dosis wurde die von Lassar angegebene benützt: 5 g einer 10%igen sterilisierten Lösung, jeden zweiten Tag intramuskulär injiziert. Der Erfolg entsprach leider nicht der Erwartung; günstige Resultate wurden nicht erzielt, und Vf. warnt direkt vor dem Gebrauche des Atoxyls in ähnlichen Fällen. In einem Falle trat eine Herabsetzung der Sehschärfe an einem Auge durch ein zentrales Skotom auf, das dem Einfluß des Atoxyls zugeschrieben werden mußte; in weiteren vier Fällen minderte sich die Sehschärfe so rasch und intensiv, wie man es selbst bei Hg. nicht beobachtet. In einem weiteren Fall traten eigentümliche nervöse Störungen auf, die nach Aussetzen des Mittels prompt zurückgingen. In nahezu allen Fällen zeigten sich während der Behandlung starke bohrende oder ziehende Schmerzen in Armen oder Beinen, große Schwäche im Körper und Störung des Appetits. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35, 1907.)

Gynäkologie.

Die Aetiologie, Symptome und klinischer Verlauf, Behandlung der Endometritis. Drei Vorträge von Dr. Ewald, New-York (Aetiologie), Dr. Polak, Brooklyn (Symptome und klinischer Verlauf), Dr. Waldo (Behandlung) vor der New-Yorker geburtshilflichen Gesellschaft. Ref. Dr. Ott, Benediktbeuern.

Bezüglich der Aetiologie scheint es Ewald unmöglich, die klinische und anatomische Klassifikation zu vereinen, Veit und Wirkel hatten damit keinen Erfolg gehabt. Vom anatomischen Standpunkt ist es praktisch, die Endometritis in zwei Gruppen zu teilen: 1. Endometritis nicht bakteriellen, 2. Endometritis bakteriellen Ursprungs. Vf. bespricht hierauf die beiden Gruppen, deren makroskopische und mikroskopische Befunde; die Einteilung der ersten Form in glanduläre, interstitielle und diffuse (wenn diese beiden Formen vereinigt sind) Endometritis. Als Form der interstitiellen Endometritis betrachtet er auch die Endometritis exfoliativa oder Dysmenorrhoea membranacea. Bei der zweiten Gruppe und deren Unterarten gonorrhoischer, tuberkulöser, putrider, septischer und Dezidual-Endometritis finden die anatomischen Verhältnisse ebenfalls eingehende Besprechung; die Endozervizitis und die verschiedenen Erosionsformen (einfache, papilläre, follikuläre und kongenitale) werden angeschlossen.

Polak ist der Ansicht, daß die akute Endometritis gewöhnlich entweder septischen oder gonorrhoischen Ursprungs ist. Das Endometrium des Corpus und

der Cervix sind bei ihr ergriffen und wegen der lymphoiden Struktur der Mukosa ist das Myometrium bis zu einem gewissen Grad immer an dem entzündlichen Prozeß beteiligt.

Chronische gonorrhoische Metritis ohne Beteiligung der Adnexe gibt es nicht. Bei der septischen Endometritis ist das ganze Organ, Schleimhaut, Muskelschichte und oft das Peritoneum ergriffen; während der Gonokokkus sich ausbreitet durch den Zusammenhang der Schleimhautoberfläche, dringen Streptokokkus und Staphylokokkus durch die Lymphkanäle ein. Bei der putriden Endometritis bildet sich eine leukozytische Zone um den Prozeß zu begrenzen eine Schichte von kleinzelliger Infiltration zwischen dem infizierten Endometrium und der Muskularis mit Ausbreitung in das Myometrium.

Nach Polak entsteht die chronische Endometritis corporis selten aus einer akuten Endometritis.

Waldo berichtet, daß schon Aëtius, der 500 v. Chr. in Alexandrien lebte, von dem Gebrauch des Spekulums spricht, die Schwammriecke und intrauterine Behandlung genau beschreibt, daß er den intrauterinen Gebrauch von Salben, Pinseln, Adstringentien und verschiedenen kaustischen Mitteln erwähnt.

Aus seinen weiteren Ausführungen ist folgendes hervorzuheben:

Viele der betreffenden Kranken (es sind gewöhnlich junge Mädchen) brauchen keine physikalische Untersuchung, viel weniger lokale Behandlung. Eisblase eventuell Morphium- und Belladonna-Suppositorien bringen Erleichterung, eventuell heiße Duschen mit steriler Kochsalz- oder schwachen antiseptischen Lösungen. Bei den septischen Formen verwirft er unter allen Umständen die scharfe Kurette und befürwortet die Entfernung abnormen Inhalts der Uterushöhle und die obengenannten Duschen; Jedenfalls soll auch bei der putriden Endometritis nach Geburt, Abort oder bei Nekrose einer Neubildung kein Kurettement ambulatorisch vorgenommen werden.

Für die chronische Zervixendometritis nimmt er einen Familiengonokokkus an. der wiederholte Infektionen von einer Person zur anderen verursache.

Die einzige operative Behandlungsart der Zervixendometritis, die die Prüfungen der Jahre überstanden habe, sei die Anwendung der Jodtinktur sowie die Einführung eines Tampons von nicht absorbierender Watte, getränkt mit einem in Glyzerin gelösten milden Antiseptikum, bei dickem Ausfluß habe sich Hydrogenium peroxydatum bewährt. Zervixzysten erfordern Eröffnung derselben und Skarifikationen des Zervix. Waldo beschreibt anschließend die verschiedenen Dilatatoren, ihre Nachteile und Vorteile.

Für die chronische Endometritis des Uteruskörpers gilt ihm als besonderer Satz, daß das Kurettement nur indiziert ist bei Menorrhagie und Metrorrhagie; nach dieser Operation soll nur in den seltenen Fällen in denen eine Hämorrhagie auftritt, der Uterus tamponiert werden. — (The American Journal of Obstetrics and Descases of Women and Children, März 1907.)

Zur Behandlung der Dysmenorrhöe. Von Dr. Oskar Polano. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. empfiehlt für diejenigen Fälle von Dysmenorrhöe, in denen alle internen und kleineren chirurgischen Eingriffe nicht zum Ziele führen, die Biersche Stauung der Mamma Er geht hiebei von der Erwägung aus, daß ein Antagonismus zwischen der physiologischen Funktion von Ovarium und Brustdrüse besteht. Die Mehrleistung einer dieser beiden Organe beeinträchtigt die physiologische Leistungsfähigkeit des anderen längere oder kürzere Zeit. Da man nun die Menstruation als einen Vorgang auffassen muß, der durch die biologischen Kräfte des Eierstocks ausgelöst wird, lag es nahe, die krankhaften Formen der Menstruation, vor allem die Dysmenorrhöe durch künstliche Anregung der Brustdrüse in ihrer Intensität herabzusetzen. Jede physiologische Arbeit eines Organs ist abhängig von der Blutversorgung. Die künstliche Hyperämie ermöglicht am einfachsten eine Mehrleistung.

Einige Tage vor erwartetem Eintritt der Periode wird den Patienten auf jede Brustdrüse das von der Bierschen Mastitisbehandlung her allgemein bekannte Klappsche Saugglas gesetzt, dessen Rand zum besseren Abschluß eingefettet wird. Die Luft wird durch Ansaugen mit einer Spritze unter Verwendung des bekannten Doppelhahns so lange verdünnt, bis die Mamma stark vorquillt und die Patientin ein stärkeres Ziehen verspürt, das sich aber nicht bis zur Schmerzempfindung steigern darf. Die Glasglocken bleiben am besten eine halbe Stunde unter einmaligem Ab- und Neuaufsetzen liegen, häufig genügt auch eine Viertelstunde. Dies Verfahren wird einige Tage vor Beginn der Periode begonnen und möglichst bis zum letzten Tage der Menstruation durchgeführt. Vf. empfiehlt dieses Verfahren auch für Wöchnerinnen mit mangelnder Laktation. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 35, 1907.)

Die abdominale Extirpation des karzinomatösen Uterus. Von J. Veit. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. berichtet über 20 Operationen, unter denen kein primärer Todesfall vorkam. 18 Mal Extirpation von Uterus, Ovarien, Tuben und Drüsen und zweimal Extirpation von Uterus, Tuben und Ovarien mit der ganzen Scheide und den Drüsen. Alle Patienten genasen; zusammen also 20 hintereinander erreichte Primärerfolge bei der abdominalen Uterusextirpation wegen Krebs. Die Hauptschwierigkeiten boten Komplikationen vonseiten der Harnwege. Die Herzschwäche kommt durch Anwendung der Rückenmarksanästhesie in Wegfall. Vf. erklärt die erweiterte Freundsche Operation als eine nicht nur theoretisch, sondern auch tatsächlich lebenssichere Operation. — (Berl. Klin. Wochenschr., Nr. 25, 1907.)

Zur Klinik und zur Chirurgie des Uterusmyoms. Von Prof. Henkel (Berlin). Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. bespricht in ausführlicher Weise die ganze Symptomatologie und pathologische Anatomie des Uterusmyoms. Erwähnt seien: die Veränderungen an den Ovarien bei myomkranken Frauen; Verhalten der Eierstöcke nach Extirpation des myomatösen Uterus; die sarkomatöse Degeneration der Myome; die Kombination von Myom und Karzynom, die Wirkung des Myoms auf Herz und Gefäße. Es folgt ein Bericht über die operativen Resultate, wobei besonders günstig die vaginalen Totalextirpationen des myomatösen Uterus abschneiden. — (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 58, H. 3.)

Ein Melanosarkom der Vulva. Von Dr. G. Wiener. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. beschreibt ein Melanosarkom, das sich bei einer 55jährigen Nullipara links von der Klitoris zwischen Labium maius und minus entwickelt hatte. Trotz sofortiger und weit im gesunden Gewebe ausgeführter Operation kam es nach zehn Monaten bereits zu einer Metastase in den Leistendrüsen. Vf. plaidiert für möglichst frühzeitige Operation, verbunden mit Ausräumung der Inguinaldrüsen, auch wenn diese nicht infiltriert sind. — (Arch. f. Gyn., Bd. 82.)

Wann soll ein Myom operiert werden? Von Doktor Weißwange. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Jedes submuköse Myom soll baldmöglichst operativ entfernt werden, da sonst für die Trägerin eine Reihe von Gefahren, wie Sepsis, Pyämie, Verblutungen, Salpringitis usw. erwachsen. Subseröse Myome mit dünnem Stil sind am besten, auch wenn sie keine Erscheinungen machen, prinzipiell zu entfernen, zumal die Gefahr der operativen Entfernung dieser Myome gleich Null ist, durch die prinzipielle Entfernung aber einer Reihe drohender Gefahren vorgebeugt werden kann. Sehr große intramurale oder interstitielle Myome sollen entfernt werden, sobald Störungen im Allgemeinbefinden auftreten (Dyspnoe, Abmagerung, Oedeme, Albuminurie) Schnell wachsende Myome in der Menopause berechtigen zur prinzipiellen Entfernung, weil dieses schnelle Wachstum stets auf Erweichung, Blutung, Zystenbildung zurückzuführen ist. Aber auch abgesehen von der Menopause ist die

Entfernung eines schnell wachsenden Myoms ernstlich zu erwägen. Im übrigen muß die Indikation zur Operation eine streng individualisierende sein. Neben den Beschwerden spielt das Lebensalter, die soziale Stellung, der Grad der Intelligenz der Patientin, das Allgemeinbefinden, vor allem der Zustand des Herzens eine wesentliche Rolle. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 21, 1907.)

Sectio caesarea und Kastration ob Osteomalazie unter Tropakokain-Anästhesie. Von Dr. E. Gablatia. Ref. Max Jacoby, Mannheim.

Vf. berichtet über einen Fall von Sectio caesarea verbunden mit Exstirpation der beiderseitigen Ovarien wegen Osteomalazie. Wegen starker Bronchoblennorhöe, verbunden mit Erstickungsanfällen, war eine allgemeine Narkose mit den größten Gefahren für das mütterliche Leben verknüpft, zumal außerdem die Wehentätigkeit wie das Kind sehr unter derselben gelitten hätten. Aus diesen Gründen wurde mit vollem Erfolge die Operation unter Tropakokainanästhesie ausgeführt. Vf. schließt mit den Thesen, daß 1. die Anästhesie vollkommen ist, soweit man sie in der Gynäkologie braucht, d. h. bis zum Rippenbogen, 2. Herz und Atmung gar nicht beeinflußt wurden, im Gegenteil, der drohenden hypostatischen Pneumonie dadurch Halt geboten wurde, 3. der Uterus in seiner Wehentätigkeit nicht beeinträchtigt wurde, daher auch der auffallend geringe Blutverlust während und nach der Operation, 4. das Kind gar nicht asphyktisch war. — (Gyn. Rundschau Nr. 11.)

Osteomalazie und Nebennieren. Von Bossi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. behandelte eine Frau, die 14 Jahre osteomalazisch war, vom siebenten Monat einer Schwangerschaft ab mit Adrenalininjektionen (zwei Injektionen täglich, mit einer Pause alle 12 bis 15 Tage, jede Injektion 1 cg der Lösung Adrenalin-Takamine 1 : 1000). Er ließ sie vor Beginn der Kur und am Schlusse der Gravidität nach 80 Injektionen radiographieren und konstatierte vor der Behandlung eine derartige Rarefikation der Beckenknochen, daß sie im Röntgen-Bild kaum von Muskeln zu unterscheiden waren; nach der Behandlung erwiesen sie sich als fast völlig verknöchert. Bei einem Schaf, dem er während der Schwangerschaft die rechte Nebenniere wegnahm, erzeugte er damit eine Osteomalazie, besonders schwer die rechte Beckenseite betreffend. Vf. vermutet, daß Zusammenhänge zwischen Nebennieren und Osteomalazie bestehen. — (Gazz. degli osped., 6. Juni 1907.)

Ein schwerer Fall von Osteomalazie, geheilt durch Adrenalininjektionen nach Bossi. Von D. Tanturri. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. berichtet über einen vollen Heilerfolg in einem vorher ohne Erfolg energisch mit Phosphor behandelten Osteomalaziefall durch Anwendung von „Emostasina“ (der Adrenalinlösung 1 : 1000 des Mailänder Seruminstituts) nach Bossi. — (Gazz. degli osped., Nr. 81, 1907.)

Die osteogenetische Wirkung der Gelatine. Von A. Almerini. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.)

Vf. untersuchte die Einwirkung von Gelatine auf die Kallusbildung. Er verwendete eine sterile Lösung von Ichthyokol 2·5%, unter Hinzufügung von 0·75% ClNa und 0·5% Karbolsäure. Die jeweils intramuskulär injizierte Dosis betrug 10 cm^3 und wurde gut ertragen. Die Wirksamkeit der Methode konnte er erproben an zwei rhachitischen Kindern, bei denen die Osteotomie der beiden Wadenbeine vorgenommen wurde; jedesmal wurde das eine Wadenbein ohne, das andere mit Injektionen von Gelatine zur Heilung gebracht. In dem einen Fall war nach 15 Injektionen kein Unterschied gegenüber dem Verhalten bei der ersten Osteotomie zu erkennen; im zweiten Falle dagegen war bei der ersten Operation nach 26 Tagen noch eine beträchtliche Beweglichkeit der Bruchenden vorhanden, während bei der zweiten nach 24 Tagen und 11 Injektionen die Stellung der Bruchenden nicht mehr verändert werden konnte. Eine recht rasche Heilung wurde auch in einem Falle von operierter Pseudarthrose der Tibia bei einem Ta-

biker durch die Injektionen erzielt. Die Ursache dieser Wirkung der Gelatine beruht vielleicht auf einer Begünstigung der Kalkretention im Organismus. — (Il Morgagni, Riv., 21. September 1907.)

Die Leukozytenbestimmung als diagnostisches Hilfsmittel bei entzündlichen Erkrankungen des weiblichen Genitals. Von Dr. Albrecht. Ref. Fritz Loeb, München.

Dem Vortrag Albrechts in der Gynäk. Ges. in München vom 16. Mai 1907 liegen 165 Fälle mit 460 Zählungen zugrunde. Vf. folgert: 1. Bei akuten Pelvioperitonitiden haben wir neben dem klinischen Gesamtbefund in der Leukozytenzählung ein Hilfsmittel, um uns über die Schwere der einzelnen Infektion zu vergewissern, bei längerer Dauer des Krankheitsprozesses und wiederholter Zählung den allmählichen Abfall desselben, d. h. die endliche Eliminierung des Infektionsprozesses oder anderseits die Lokalisierung desselben und Abszedierung zu konstatieren. 2. Im positiven Sinne ausgefallen, können wir die Hyperleukozytose verwerten bei vorhandenen entzündlichen Tumoren (Pyosalpinx, Parametritis, Perimetritis exsudativa) insofern, als eine Hyperleukozytose, deren untere Grenze meist nicht unter 15.000 heruntergeht, besonders bei längerer Dauer die Wahrscheinlichkeit einer eitrigen Einschmelzung anzeigt. Dieser Satz gilt umgekehrt nicht. 3. Nach operativer Abszeßeröffnung kann eine fortbestehende, eventuell ansteigende Hyperleukozytose auf Eiterretention aufmerksam machen. 4. Im positiven Sinne ausgefallen, kann sie in beschränktem Maße für die Differentialdiagnose entzündlicher oder nicht entzündlicher Adnextumoren von Nutzen sein. 5. Bei Puerperalfieber fand Vf.: a) in leichten Fällen eine relativ niedrige Hyperleukozytose, welche nach Beseitigung des lokalen Infektionsprozesses zugleich mit den übrigen Krankheitssymptomen abfällt; b) bei schweren Fällen von puerperaler Sepsis und Pyämie eine der Infektion entgegengesetzte niedere Leukozytenzahl und sieht in ihr ein prognostisch übles Zeichen; c) bei Parametritis und Perimetritis exsudativa post partum beobachtete er durchwegs eine Hyperleukozytose, die der eitrigen Einschmelzung parallel ging, nach Entleerung des Eiters in ihrem Abfall die Eliminierung des Injektionsprozesses, dagegen bei andauernder Höhe, eventuell Ansteigen, den Uebergang in pyämische Allgemeininfektion anzeigte; d) bei septischem Abort konstatierte Vf. durchwegs eine der Schwere der Infektion und deren Verlauf entsprechende Hyperleukozytose. 6. Bei Tuberkulose des Peritoneums wurde keine ausgesprochene Hyperleukozytose beobachtet. 7. Nach Operation kann die Leukozytose auf das Vorhandensein einer entzündlichen Komplikation eventuell Eiterung aufmerksam machen.

Die qualitativen Leukozytenbefunde können die quantitative Leukozytenbestimmung bestätigen und ergänzen und die Leukozytenbestimmung in gewissen Fällen auch für die Prognose verwertbar machen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 26, 1907.)

Geburtshilfe.

Wochenbettfieber.

1. **Zur Prophylaxis des Wochenbettfiebers.** Von Dr. A. Dunges. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
2. **Die chirurgische Therapie des Pueperalprozesses.** Von Dr. Latzko, Wien. Ref. G. Wiener, München.

1. Dunges schlägt zum besseren Schutz gegen die Keimverschleppung aus der Vagina zwei Methoden vor. Man tauche die gründlich sterilisierte Hand in ein kurz vorher durch Sieden sterilisiertes und unter festem Abschluß abgekühltes weiches Fett oder dickes Oel und gehe mit der reichlich befetteten Hand in die Vagina ein. 2. Man umhüllt die Hand mit einem Mantel keimfreier Gaze, indem man ein länglich viereckiges Stück einer doppelten Mullage so darum schlägt, daß die obere und die seitlichen Kanten von den zusammengeschlossenen Fingerkuppen umschlossen werden. Die

so kaschierte Hand taucht man in eine kurz vorher durch Kochen sterilisierte Fettlösung und geht in der Weise damit in die Vagina ein, daß die andere Hand den Mullmantel am unteren Ende festhält. Ist die tuschierende Hand am äußeren Muttermunde angelangt, so öffnet sie die Fingerbeeren und gestattet damit der äußeren Hand, den Verbandmull zurückzuhalten, um selbst, von diesem befreit, aber ohne durch etwaiges Vaginalsekret entsterilisiert zu sein, in die Gebärmutterhöhle vorzudringen. An Stelle der Gaze kann man auch eine Art Gummihandschuh anwenden. — (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 25, H. 4.)

2. Unter den diesbezüglichen Operationsmethoden hat die sogenannte Radikaloperation, die Uterusextirpation, die meiste Aussicht auf Erfolg. Immerhin veranlaßt die Unsicherheit der Indikationsstellung viele Gynäkologen, davon bei septischer Endometritis gänzlich abzusehen. Der Vf. selbst hat die Operation fünfmal gemacht, wovon drei Fälle letal endeten; zweimal ergab die Sektion Thambophlebitis der Vene spermatica bis zur Vena cava, einmal parenchymatöse Verblutung infolge septischer Blutbeschaffenheit. Bei der einen Patientin traten nach der Operation noch 30 Schüttelfröste auf, dann genas sie langsam. Es ist hier wohl anzunehmen, daß die Operation keinen Einfluß hatte und die Kranke auch ohne dieselbe genesen wäre. Dagegen trat bei der andern Patientin nach der Operation kein Schüttelfrost mehr auf und ist hier wohl die Operation als lebensrettendes Moment anzusprechen. Vf. hat die Operation nur diese fünfmal unter 470 Fällen gemacht, weil stets der richtige Moment verpaßt war. Es besteht eben bei diesem Eingriff immer die Möglichkeit, überflüssig zu operieren oder zu spät zu kommen. Leichter zu stellen ist die Indikation für die Unterbindung oder eventuell Extirpation der abführenden Venen. Doch gewährt auch hier weder Indikationsstellung noch Operationstechnik volle Befriedigung, obschon die Resultate seit der 1902 erstmalig von Trendelenburg ausgeführten extraperitonealen Ligatur der thrombosierten Vena lypogastrica und späteren ebenfalls extraperitoneal ausgeführten Ligatur der Vena spermatica besser geworden sind. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 19, 1907.)

Eklampsie.

1. **Ueber Eklampsie ohne Krämpfe.** Von Dr. Reinecke, Würzburg. Ref. G. Wiener, München.
2. **Die angebliche ursächliche Bedeutung der Fleischmilchsäure bei Eklampsie der Schwangeren.** Von Jul. Donath, Budapest. Ref. Eugen Binswanger, München.
3. **Zur Behandlung der Eklampsie mit Decapsulatio renum.** Von Dr. C. J. Gauß. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
4. **Beitrag zur Kasuistik des vaginalen Kaiserschnittes bei Eklampsie, Placenta praevia und Karzinom des schwangeren Uterus.** Von O. Büttner, Rostok. Ref. Max Jacoby, Mannheim.
5. **Das Paraganglin zu subkutanen Injektionen bei Schwangerschaftseklampsie.** Von Mario Bellotti. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Nach Schmorl betreffen die wichtigsten Organveränderungen bei typischer Eklampsie die Nieren, die Leber, das Herz und das Gehirn. Er glaubt auch solche Fälle mit Sicherheit als Eklampsie bezeichnen zu müssen, bei denen sich diese Organveränderungen nachweisen lassen, auch wenn das wichtigste Symptom, die Krämpfe intra vitam, gefehlt haben. Man ist in solchen Fällen umso eher berechtigt, von Eklampsie zu sprechen, je mehr von diesen typischen Organveränderungen festgestellt werden können. Zur Illustration der Behauptung erzählt Reinecke einen Fall, in dem keine Krämpfe aufgetreten waren, die Sektion aber das deutliche Bild der Eklampsie ergab. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 31, 1907.)

2. Bekanntlich sieht Zweifel und seine Mitarbeiter in der Fleischmilchsäure die Entstehungsursache der Eklampsie in der Schwangerschaft, da sie im Harn solcher Patienten regelmäßig Fleischmilchsäure fanden. Die Aehnlichkeit zwischen Eklampsie und Epilepsie veranlaßte Donath, die diesbezüglichen Verhältnisse bei letzterer Erkrankung zu studieren. Er hat sich dabei folgende Fragen vorgelegt:

1. Kommt die Fleischmilchsäure in der Zerebrospinalflüssigkeit von Epileptikern vor?

2. Ist die direkt in die Blutbahn massenhaft eingeführte Milchsäure überhaupt imstande, convulsive Wirkungen hervorzurufen?

Die Antwort auf die erste Frage lautet, daß in der Zerebrospinalflüssigkeit von Epileptikern — es wurden 9 Fälle untersucht — sich keine Spur von Milchsäure findet.

Was die zweite Frage — die Wirkung der intravenös eingebrachten Milchsäure — betrifft, so ergab das Tierexperiment, daß selbst bei relativ enormen Mengen von Milchsäure, mit denen das Blut überschwemmt wurde, die Tiere sich wohl befanden und besonders keine Spur von Krämpfen auftrat.

Vf. spricht daher der Fleischmilchsäure auch bei der Eklampsie der Schwangeren jede pathogene Bedeutung ab, hält vielmehr das Auftreten der Fleischmilchsäure für eine sekundäre Erscheinung, nämlich das für Produkt der Muskelkrämpfe. — (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 9, 1907.)

3. Gauß sieht sich veranlaßt, auf Grund zweier günstiger Beobachtungen Decapsulatio renum und Acouchement forcé in der Therapie der Eklampsie bis auf weiteres immer kombiniert anzuwenden, da von beiden Eingriffen häufig jeder für sich allein wirksam ist, in vielen Fällen aber doch nur beide vereint Aussicht auf Erfolg bieten. Zuerst das Acouchement auszuführen und seine Wirkung auf den Verlauf der Eklampsie abzuwarten, hat einen schweren Nachteil. Der Erfolg eines therapeutischen Eingriffes zeigt sich bei der Eklampsie oft erst nach Ablauf mehrerer Stunden; in ihnen können neue Anfälle, fortschreitende Toxinbildung den Körper so schwer schädigen, daß die Wirkung der nur verspätet eingreifenden zweiten Operation völlig in Frage gestellt ist. Denselben Nachteil würde die umgekehrte Anordnung der zwei Operationen haben können. Es wäre daher nur im Interesse einer möglichst sicheren Einwirkung auf die Eklampsie, Acouchement forcé und Decapsulatio renum regelmäßig in einer Sitzung auszuführen. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 19, 1907.)

4. Büttner entlehnt sein Material der Rostoker Frauenklinik. Während der Jahre 1894—1906 kamen 100 Eklampsien zur Beobachtung. Während die Behandlung in der ersten Zeit im wesentlichen eine mehr expektative war, wurde in letzter Zeit mehr aktiv vorgegangen und in fünf Fällen der vaginale Kaiserschnitt ausgeführt. Vier Fälle verliefen für die Mutter günstig. Außer Eklampsie gaben in zwei Fällen Placenta praevia und Carcinoma uteri gravidi die Indikation zum Eingriff. Bei dem kleinen Material erlaubt sich Vf. noch kein abschließendes Urteil über die Würdigung dieser Operation abzugeben. — (Beitr. z. Geb. u. Gyn., Bd. XI, H. 3.)

5. Bellotti hat in einem Falle von Schwangerschaftseklampsie das Paraganglin Vassale zur subkutanen Injektion à 2 cm^3 verwendet und kann über einen vollständigen, sehr rasch eintretenden Erfolg berichten. Es wirkte anscheinend wie ein Antidot gegen das Eklampsiegift, regte die Stuhl- und Harnentleerung an und erzeugte Uteruskontraktionen. — (Gazz. degli osped., 20. Jänner 1907.)

Dermatologie.

Zur Kenntnis der sarkoiden Hauttumoren. Von Doz. Dr. Paul Rusch. Ref. Nobl, Wien.

Ein 39jähriger Mann zeigt nebst ausgebreiteten, die Brust, Rücken und Extremitäten einnehmenden Vitiligoflecken, in der Genitokruralgegend beiderseits stark prominente, braunrot verfärbte, krustenbedeckte, von eitrigen Punkten besetzte, verschiebliche Tumoren, diese von derber Konsistenz. Die nachbarliche Bauch- und Schenkelgegend von erbsengroßen, roten Knötchen bedeckt. Leistendrüsen mäßig vergrößert. Die Tumoren bestehen unverändert durch längere Zeit. Tuberkulinreaktion negativ. In subjektiver Hinsicht tritt starke Juckempfindung hervor. Die ekzemartige Oberflächenveränderung der Geschwülste wird als dem Wesen des Prozesses zugehörig anerkannt. Differential-diagnostische Ueberlegungen waren

nicht imstande, die Natur der Erkrankung aufzudecken. Die Annahme einer Granulationswucherung der Lederhaut auf dem Boden eines früher vorhanden gewesenen intertriginösen Ekzems hatte viel für sich, mußte indes bei dem tumorartigen Charakter der Infiltrate und der Ergebnislosigkeit der Behandlung fallen gelassen werden.

Pemphigus vegetans, Syphilis, Tuberkulose und Blastomykose waren gleichfalls in Erwägung zu ziehen. Echtes Sarkom war bei der ausgesprochenen Gutartigkeit auszuschließen. Schließlich erübrigte es die Veränderungen auf ihre Gewebscharaktere zu prüfen, um für ihre Zugehörigkeit zur Gruppe der sarkoiden Geschwülste Anhaltspunkte zu gewinnen. Hier kamen die Mykosis fungoides, die Mykosis fungoides d'emblé, die leukämischen und pseudoleukämischen Erkrankungen nicht in Kalkul. Auch gegen die Sarkomatosis cutis idiopatica sprach das Meiste. Keinerlei Berührungspunkte zeigte der Fall mit dem von Boeck aufgestellten Typus multipler benigner Sarkoïde, einer Erkrankung, die bekanntlich neuerdings von Boeck selbst, ebenso wie schon früher Darier, als eine der Tuberkulose verwandte oder nahestehende Dermatose erklärt wird und bei der es sich um das Auftreten zahlreicher disseminierter, meist kleiner, tiefsitzender Tumoren ohne Oberflächenveränderung mit Lokalisation im Gesichte und am Rumpfe handelt. Die anatomische Untersuchung deckte einen ganz besonderen pathologischen Wucherungsprozess auf, der zwischen den Bau chronisch-entzündlicher Granulationsgeschwülste und sarkomähnlicher Neubildungen einzureihen ist. Polymorphe Geschwulstzellen führten zur Infiltration des erhalten gebliebenen Muttergewebes. Hiemit ist die Stammverwandtschaft mit den sarkoiden Geschwülsten Kaposis dargetan, wobei die nähere Klassifizierung die Beobachtung als dem von Spiegler näher beschriebenen Typus der Sarkomatosis cutis zugehörig ergeben hat. Nicht beigebracht erscheint das für die Analogisierung unbedingt zu fordernde Kriterium der Arsenreaktion, die bekanntlich bei den Fällen von Sarkomatosis cutis von kurativer Bedeutung ist. Auch ist der Mangel einer einheitlichen Rund- oder Spindelzellformation und der oberflächlichen Sitz der Tumoren nicht in mit der angesprochenen Hautaffektion in Einklang zu bringen. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Ber. 87, H. 2 u. 3.)

Uebertragungsversuche mit Rhinosklerom. Von Doz. Dr. Kraus. Ref. Nobl, Wien.

Bei aller Pathogenität der Rhinosklerombazillen Ratten, Meerschweinchen und Kaninchen gegenüber, war es bisher nicht gelungen, bei den Tieren ein Krankheitsbild hervorzurufen, das dem des Menschen gleicht. Stepanow, Babes u. a. haben bei Verimpfung in die vordere Augenkammer der Meerschweinchen teils mit Rhinosklerombazillen, teils mit dem Bazillus Friedländer Granulome hervorgerufen, die sich völlig gleich verhielten; auch glauben viele der Autoren die Rhinoskleromerreger nicht als spezifische Mikroben ansprechen zu können, da ihre wissenschaftliche Determinierung nicht soweit gefestigt erscheint, um sie von den anderen Kapselbazillen ausscheiden zu können.

Die neuerlich an der Haut vorgenommenen Impfversuche vom Vf. (er operierte ausschließlich an weißen Mäusen) hatten ein Gemenge von Rhinosklerombazillen und Staphylokokken zum Ausgangspunkt. Eine Maus, am Rücken geimpft, zeigte nach einigen Tagen ein verhärtetes Knötchen an der geimpften Rückenhaut. Das Knötchen bestand aus Schleimgewebe (Mikulicz-Zellen mit massenhaften Bakterieneinschlüssen). Bei weiteren positiven Impfungen zeigte sich, daß die Parasiteninvasion schon frühzeitig die Bildung der charakteristischen Zelltypen hervorruft (nach drei Tagen). Nun war aber auch mit dem Bazillus Friedländer das gleiche Produkt zu erzielen. (Mikulicz-Zellen mit Bazilleneinschlüssen.) Es ergibt sich hieraus, daß die endgiltige Beantwortung der Frage nach der Bedeutung des Rhinosklerombazillus als Krankheitserregers auch weiterhin als offen betrachtet werden

muß, bis die Differenzierung dieses und anderer verwandter Kapselbazillen einwandfrei gelungen ist. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 46, 1907.)

Beiträge zur Kenntnis der Atrophodermien. Von Doz. Dr. C. Beck. Ref. Nobl, Wien.

Gleichwie das Ekzem, die Psoriasis und der Lichem planus Höhetypen aufweisen können, die eine Feststellung des Grundleidens schwer ermöglichen, so müssen wir uns auch immer mehr bequemen, in der sogenannten idiopatischen Hautatrophie ein Symptomenbild zu würdigen, zu welchem Prozesse der verschiedenen ätiologischen Herkunft und pathogenetischen Abstammung beisteuern. Die wesentlichen Unterschiede in der Gewebsstruktur (Schwund oder Erhaltenbleiben der elastischen Fasern), die vielfachen Differenzen in der Verteilung und Entwicklung der Krankheitsherde zeigen deutlich genug, daß hier eine einheitliche Auffassung unmöglich ist. Die Einteilung in einen Typus Buchwald-Fälle ohne makroskopisch klinisch nachweisbare entzündliche Erscheinungen — und in eine Varietät mit Inflammationszeichen ist allenthalben gerechtfertigt und trägt dem Bedürfnisse der schulmäßigen Schematisierung halbwegs Rechnung. Aber selbst dieses Einteilungsprinzip muß als provisorisches, das Wesen des Prozesses umgehendes bezeichnet werden. Die auf diesem Gebiete üppiger denn je grassierende Taufwut hat der Familie Verwandte zugeführt, die vielfach nicht mehr als die Namensähnlichkeit miteinander gemeinsam haben, in ihrem Wesen aber keinesfalls den familiären Anschluß rechtfertigen.

Metscherski, der in einer Zusammenstellung von 71 Fällen über drei eigene Beobachtungen referiert, gerät schließlich zur Annahme, daß die Sklerodermie und idiopatische progressive Atrophie der Haut in ihrer Aetiologie identisch sind und bei gleichzeitigem Bestande auch einen parallelen Verlauf zu nehmen pflegen. Riehl und wohl auch die meisten Anhänger der Wiener Schule sind nicht geneigt, das ohnehin an verschwommenen Zügen reiche Bild des Hautschwundes durch Einbeziehung der Sklerodermie einer weiteren Trübung auszusetzen.

Nicht erheblich stellt sich einer übersichtlichen Ordnung des Materials der Umstand entgegen, daß die zuerst von Jadassohn beschriebene makulöse Form der Hautatrophie (Anetodermia erythematosa), von der in der Literatur bisher 24 Fälle figurieren, auch noch an die erwähnte Gruppe angegliedert wird. Der letzteren Krankheitsgruppe zuzuzählen ist eine interessante Wahrnehmung des Vfs. Eine 23jährige Frau zeigt nach eineinhalbjähriger Entwicklungsdauer rote Flecken an den Ohrmuscheln, am Kinn, an den Wangen, Lippen und Nasenflügeln, weiterhin zerstreut am Stamme livid bläulich durchschimmernde, vielfach auch weiße, elfenbeinfarbene, im auffallenden Licht matt glänzende Flecken. Die Haut an diesen Stellen fein gerunzelt, Follikularstruktur erhalten, die Flecken von teigiger Konsistenz, der tastende Finger hat das Gefühl lochartiger Vertiefung. Dazu kommen narbenähnliche Flecken an den Ohrmuscheln und auch lividrote härtere Effloreszenzen am Stamm. Befund während einjähriger Beobachtungsdauer kaum verändert. Histologisch zeigt sich eine, in der mittleren Kutisschicht beginnende, gegen die Oberfläche vordringende mäßige Entzündung, später erfolgt Exsudatresorption und Schwund der elastischen Fasern. Der Fall reiht sich demnach jenen von Heuss, Galewski und Oppenheim an. Papelartiger Beginn der Effloreszenzen und Mitbeteiligung der Gesichtshaut machen den Fall besonders bemerkenswert. Für Tuberkulose (Lupus erythematosus) war kein Anhaltspunkt zu gewinnen. — (Monatsschr. f. prakt. Derm., 44. Bd. 1907.)

Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum mit experimentellen Untersuchungen über die Einwirkung verschiedener Lichtarten. Von Dr. G. Hahn und Dr. H. Zeik. Ref. Nobl, Wien.

Zwei Schwestern im Alter von acht und zehn Jahren zeigten bei der Geburt normale Hautfarbe, erst später entwickelten sich braune Flecke. Vier ältere

Geschwister und die Eltern sind frei von Veränderungen. Die Eltern blutsverwandt: Geschwisterkinder. A. zehn Jahre, am stärksten befallen das Gesicht, dicht besäet mit braun bis schwarzen Flecken, glänzend atrophische Stellen, dazwischen schuppende und rauhe Partien. Zilien fehlen, Lider ektropioniert, Konjunktiven injiziert, unterhalb des rechten unteren Augenlides erbsengroßer Tumor von warzenförmiger Oberfläche. Die gleichen fleckigen Veränderungen in intensiver Ausprägung an Vorderarmen, Händen und Handrücken, hier von zahlreichen hyperkeratotischen Wucherungen durchsetzt. G. acht Jahre, zeigt annähernd die gleichen Veränderungen, auch hier fehlen an den unteren Augenlidern sämtliche Zilien, die Lidränder höckerig verdickt. Doppelseitiges symmetrisches pterygiumartiges, partielles Symblepharon. Intelligenz bei beiden tief unter dem Durchschnitt. Nach einem Jahr ist eine wesentliche Zunahme aller Pigmentationen, sowie eine auffällige indolente Lymphdrüsenschwellung in allen alterierten Bezirken zu verzeichnen.

Histologisch wiesen die hyperpigmentirten Stellen keine wesentlichen Entzündungsphänomene auf. Das feinkörnige Pigment von der Basalschicht bis zum Hornlager intrazellulär (in Epithelzellen), nicht in Melanoblasten. In den atrophischen Partien das Bild der Senilitas cutis precox. Die Warzen sind Fibroepitheliome. Der Tumor ein typisches Karzinom. Für die Erhärtung des Uebels als eine prädisponierte, aber erst durch Insolation ausgelöste Dermatose, werden von Zeik interessante Belichtungsversuche beigebracht. Mit der Finsen-Reyn-Lampe, dem Uviollicht der Kromayerschen Quarzlampe (mit und ohne Farbenfilter) angestellte Versuche ergaben, daß die Veränderungen der Haut beim Xeroderma pigmentosum auf der Einwirkung aktinischer Lichtstrahlen beruhen, und daß die diesbezüglichen Reaktionen beim Xeroderma nur der Intensität nach von den Effekten des Lichts an der normalen Haut verschieden sind. Bemerkenswert ist es, daß mittels der Belichtung den spontan entstandenen gleiche Pigmentflecke und Hyperkeratosen hervorgerufen werden konnten. Hiebei erwies sich die Quarzlampe als an chemisch wirksamen Strahlen besonders reich. — (Arch. f. Derm. u. Sympt., Bd. 87, H. 2 u 3.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Atoxylbehandlung bei Syphilis. Ref. E. Spitzer, Wien.

1. Ueber die präventive Wirkung des Atoxyls bei experimenteller Affen- und Kaninchensyphilis. Von P. Uhlenhuth, E. Hoffmann und O. Weidanz, Berlin.

2. Atoxil bei Syphilis und Framboesie. Von Neisser, zurzeit Batavia.

1. Eine präventive und heilende Wirkung des Atoxyls bei experimenteller Dourine und Spirillose der Hühner wurde von Uhlenhuth bereits festgestellt. Auch der präventive und heilende Effekt des Atoxyls bei Affensyphilis wird durch Verweisung auf eine frühere Arbeit und durch einen neuen Versuch erwiesen, wo bei einem Cercocebus fuliginosus der deutliche Primäraffekt auf Atoxylbehandlung zurückging und frei von Rezidiverscheinungen blieb, wo aber nach einer sieben Monate später ausgeführten neuen Inokulation ein typischer Primäraffekt nach der konstanten Inkubationszeit auftrat.

Zwei Serien von Kaninchen wurden weiters mit syphilitischem Material an der Kornea geimpft und ein Teil davon unmittelbar nach der Impfung mit Atoxyl behandelt. Bei keinem der mit Atoxyl regelmäßig behandelten Tiere konnte eine spezifische Keratitis oder Knötchenbildung an der Iris konstatiert werden, während die Mehrzahl der Kontrolltiere eine außerordentlich deutliche von der Impfstelle ausgehende syphilitische Keratitis aufwies, wie sie durch die Untersuchungen von Bertarelli, Hoffmann, Schucht u. a. genügend bekannt ist.

Uhlenhuth rät die günstig heilenden und präventiven Erfolge des Atoxyls auch für die menschliche Pathologie der Syphilis zu verwerten. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39, 1907.)

2. Neisser konnte sowohl durch Atoxyl, als auch durch Jod und Quecksilberbehandlung völlige Heilung der Syphilis bei infizierten Tieren erzielen. Auch er weist die vollständige Heilung durch Gelingen einer abermaligen Impfung am selben Tier mit Bildung von typischen Primäraffekten nach.

Die Dosen des den Affen injizierten Atoxyls sind viel größer, als die beim Menschen angewandten. Ueber die präventive Wirkung des Atoxyls und Jods ist Neisser noch zu keinem abschließenden Urteil gelangt. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43, 1907.)

Luetische Erkrankung der Parotis. Von Claus, Berlin. Ref. E. Spitzer, Wien.

Von der seltenen luetischen Erkrankung der Mundspeicheldrüsen werden aus der Literatur zwei Fälle, die die Glandula submaxillaris betrafen, vier Fälle der Glandula sublingualis, eine Erkrankung der Blandin-Nuhnschen Drüse und fünf Fälle der luetisch affizierten Parotis zitiert.

Vf. berichtet über eine eigene Beobachtung eines sechsten Falles von Parotitis luetica. Obwohl die Anamnese für Lues keinen Anhaltspunkt gab, stützt Vf. auf das prompte Zurückgehen der Krankheitserscheinungen unter antisyphilitischer Behandlung seine Diagnose. Der Fall betraf eine Patientin mit Periostitis des linken Jochbeines, Schwellung beider Parotiden, besonders der linken, mit einem Tumor an der hinteren Rachenwand, einer Fistel am rechten Sternoklavikulargelenk und chronischer linksseitiger Mittelohreiterung. — (Berlin. klin. Wochenschr., Nr. 31, 1907.)

Die Syphilis des Herzens und ihre Frühdiagnose. Von Benno Herzog, Mainz. Ref. E. Spitzer, Wien.

Aus den Krankengeschichten mehrerer zitierter Fälle geht hervor, daß eine Frühdiagnose von Lues cordis in einer Reihe von Fällen möglich sei, nämlich bei alleinigem oder vorzugsweisem Ergriffensein der Aorta und der Coronararterien. Ein schwerer Anfall von Angina pectoris, der jüngere Leute betrifft, oder auch leichtere Beschwerden von Präkordialdruck und Angst bei vorher Gesunden, speziell nicht Nervösen, muß den Verdacht auf Lues lenken. Eine Drucksteigerung im Aortensystem wird ein wertvolles Hilfsmittel bilden. Liegt noch eine andere spezifische Organerkrankung vor, oder trat eine Herzvergrößerung relativ rasch ohne sonstige nachweisbare Veranlassung auf, so muß an die Möglichkeit einer luetischen Erkrankung gedacht werden. Auch das Auftreten einer Aorteninsuffizienz in mittleren Jahren ohne Gelenksrheumatismus wird uns auf eine luetische Affektion hinweisen. — (Berl. Klin. Wochenschr., Nr. 31, 1907.)

Zur Technik der intramuskulären Quecksilbereinspritzungen. Von A. Karwowski, Posen. Ref. E. Spitzer, Wien.

Um die schmerzhaften Infiltrate bei den intramuskulären Injektionen mit Hydrargyrum salicylicum zu vermeiden, verwendete Vf. ein Vasenolpräparat und später Oleum amygdalarum dulce als Suspensionsvehikel, kam aber zu keinem zufriedenstellenden Resultate. Er gebrauchte nun das von Neisser bereits angegebene Oleum olivarum und konnte unter 325 Injektionen bei 30 Patienten nach deren Angaben konstatieren, daß nur vier Injektionen als schmerzhaft empfunden wurden. 13 Patienten, die früher die Hg-Paraffininjektionen sehr schlecht vertrugen, hatten bei den Hg-Oelinjektionen keine Beschwerden und keine Infiltrate.

Um den zähen Bodensatz der Hg-Oelsuspension gut in Vermengung zu bringen, bedarf es nur eines kräftigen Schüttelns nach vorheriger gelinder Erwärmung.

Lungenembolien können nach seiner Methode leicht vermieden werden, indem man zuerst ein minimales Quantum injiziert, um in Fällen, wo sonst keine Anzeichen für die Möglichkeit einer Lungenembolie vorliegen, noch rechtzeitig von der weiteren Injektion abzustehen.

— (Monatsschr. f. prakt. Dermatol., Bd. 45, Nr. 1.)

Venerische Papillome. Ref. E. Spitzer, Wien.

1. Zur internen Therapie der spitzen Kondylome, Von Axel Cedercreutz, Helsingfors (Finnland).

2. Ueber die Kontagiosität der spitzen Kondylome. Von Neuberg, Magdeburg.

1. Nachdem Blaschko darauf hingewiesen hatte, daß das ätiologische Moment der flachen Warzen und der spitzen Kondylome entweder dasselbe oder ein nahe verwandtes sein muß, versuchte Aronstamm und später Cedercreutz durch interne Medikamente, ersterer mit Magnesica sulfurica, Calcium hydratum, Solutio Fowleri oder Kalium permanganatum, letzterer mit asiatischen Pillen die venerischen Papillome zur Heilung zu bringen.

Cedercreutz zeigt an der Hand von mehreren Fällen die Möglichkeit, daß spitze Kondylome auch durch innere Mittel zum Verschwinden gebracht werden können, wenn die Methode auch in der Praxis wegen der großen Anforderung an die Geduld des Patienten wenig Anwendung finden wird.

Bei der histologischen Untersuchung nach genügender Arsentherapie fand Cedercreutz an Stelle der spitzen Kondylome das Bindegewebe stark verdichtet, vermehrt und zu großen Büscheln angeordnet mit kleinzelliger Infiltration, an den Blutgefäßen Schwellung den Endothelzellen, Verdickung der Intima und Bildung von organisierten Thromben durch Hineinwachsen von Fibroblasten in die Gefäße. Es sind dies ähnliche Befunde, wie sie Jadassohn bei der Arsentherapie bei der Behandlung des Lichen fand. — (Dermatol. Zentralblatt Nr. 8, 1907.)

2. Dreyer kommt auf Grund seiner Untersuchungen, wobei es ihm gelang, in verschiedenen Fällen von spitzen Kondylomen die Spirochaeta refringens nachzuweisen, zum Schluß, dieselbe für die Entstehung und Uebertragbarkeit der venerischen Papillome verantwortlich zu machen.

Zur Erhärtung der Theorie der Kontaktinfektion führt Neuberg einen Fall an, wo ein junger Mann, der mit Kondylomen ohne Blenorrhoe behaftet war, dieselben bei Kohabilationsversuchen auf seine Braut überträgt, bei der der Hymen noch intakt befunden wurde. — (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 35, 1907.)

Kinderheilkunde.

Ueber das habituelle Erbrechen der Säuglinge („Speikinder"). Von Dr. Julius Peiser. Ref. H. Nothmann, München.

Dem Vf., einem Assisten der Czernyschen Kinderklinik in Breslau, ist für seine kleine Studie über ein bisher von Laien und Aerzten stark vernachlässigtes Symptom aufrichtig Dank zu sagen. Da sich der Säugling, der außer dem „Speien", d. h. dem habituellen Erbrechen kleiner Nahrungsmengen, kürzere oder längere Zeit nach der Mahlzeit, keinerlei Krankheitszeichen aufweist, lange Zeit völlig wohl befinden, ja zu einem prächtigen, fetten Paradekinde entwickeln kann, hat man sich daran gewöhnt, dieses Symptom als „physiologisch" zu betrachten, ja, wie das bekannte Sprichwort von den „Speikindern" beweist, als ein Signum boni ominis anzusehen. In diesem Irrglauben war man so gefangen — zutreffender müßte ich hier vielleicht in der Gegenwartsform des Verbums sprechen — daß man das Speien selbst dann noch für harmlos hielt, wenn sich nach mehr oder weniger langem Bestehen eine dyspeptische Erkrankung anschloß und die ätiologische Zusammengehörigkeit nicht erkannte. Darum ist es ein Verdienst des Vfs., hier ein Brücke gebaut, die Ursachen und Folgen dieses Symptoms und seine Bekämpfung exakt geschildert zu haben. Für den Ref. ergibt sich daraus die Berechtigung, sich mit der Studie etwas ausführlicher zu befassen und ihre Lektüre nicht nur den Kollegen vom „Fach", sondern auch besonders denen mit allgemeiner Praxis aufs wärmste zu empfehlen.

Vf. unterscheidet vier Gruppen von Speikindern. Die erste umfaßt natürlich



ernährte Säuglinge, die sich trotz des Speiens lange Zeit völlig wohl befinden können und regelmäßige Gewichtszunahmen erfahren. Die Ursache liegt in einer Ueberfütterung, besonders mit einem Bestandteil der Nahrung: dem Milchfett. Daher schwindet das Symptom, wenn man von der natürlichen zur „künstlichen“ Ernährung übergeht. Denn die gewöhnlichen Kuhmilchmischungen erreichen nur, wenn sie in ihrem Fettgehalt durch Zusatz von Rahm oder Butter absichtlich erhöht sind, den Fettreichtum der Muttermilch. Das Erbrechen stellt bei diesen Kindern, teleologisch aufgefaßt, gewissermaßen eine Selbsthilfe des Organismus dar, sich der überschüssig aufgenommenen Nahrung in einfachster Weise wieder zu entledigen. Genügt dieses Mittel nicht, so hat der Säugling noch einen zweiten Weg, den Uebertritt zu großer, für ihn schädlicher Mengen von Milch und Milchfett in den Körperstoffwechsel zu verhindern: das ist die Entfernung durch die Fäzes. Daher sind häufige, dyspeptische, z. B. flüssige Stühle das zweite oft beobachtete Symptom dieser Kinder. Die Behandlung des Speiens, das den allerfrühesten Anfang einer Ernährungsstörung darstellt, besteht in Reduzierung der Nahrung durch Darreichung von selteneren, eventuell kleineren Mahlzeiten.

Die zweite Gruppe stellen nervös beanlagte Kinder, die bei jeder Ernährungsart speien und durch die übliche Therapie nicht gebessert werden. Als neuropathische Individuen kennzeichnen sie sich durch Unruhe, kurzen, leisen Schlaf, Schreckhaftigkeit, Stimmungswechsel, angioneurotische Symptome, kurz, eine abnorm starke Reaktion des Nervensystems bei den verschiedensten, den Organismus treffenden Reizen. Im zweiten Lebensjahr wird das Erbrechen seltener, schwindet bei Uebergang zu fester Nahrung, um in manchen Fällen im schulpflichtigen Alter als „morgendliches Erbrechen“ wiederzukehren. Für diese Kinder wird eine Identität mit einer Forme fruste des Pylorospasmus, wie Ref. scheint, nicht ganz mit Unrecht, in Erwägung gezogen.

An dritter Stelle stehen schlaffe, atonische, schlecht genährte, aber nicht eigentlich atrophische Säuglinge, die mit den letztgenannten Kindern nur die verlangsamte Magenentleerung gemeinsam haben. Daher Erbrechen nach 3—4 Stunden post coenam. Aber bei ihnen erfolgt es nicht im Strahl, sondern die Nahrung rinnt ohne Druck zum Mundwinkel heraus. Und während bei den Kindern der zweiten Gruppe röntgenologisch heftige Magenperistaltik gesehen wird — wie beim Pylorospasmus — stellt bei den atonischen der Magen eine „schlaffe Blase“ dar. Als Ursache des Erbrechens wird eine durch mangelnden Tonus bewirkte Schwäche des Kardiaschlusses angenommen. Setzt man die Kinder nämlich nach der Mahlzeit auf, so sollen die komprimierten Bauchorgane den Tonus der Kardia überwinden; die Nahrung regurgitiert. Die Therapie muß eine allgemeine, auf Hebung der Gesamtkonstitution gerichtete sein.

Als letzte, praktisch wichtigste Gruppe werden Kinder angeführt, die im Reparationsstadium einer akuten Ernährungsstörung eine Intoleranz gegen milch- bezw. fettreiche Nahrung zurückbehalten haben. Sie neigen ebenfalls zu habituellem Erbrechen, sind aber keine Speikinder im eigentlichen Sinne. Die gebotene Reduzierung des Fettgehalts erzielt man bei ihnen am besten durch Darreichung von Malzsuppe, in schwersten Fällen von Buttermilch. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2, 1907.)

Die Phimose, eine wichtige Ursache innerer Erkrankung der Knaben. Von W i t z e n h a u s e n, Mannheim. Ref. E i n s t e i n, Stuttgart.

An mehreren Fällen, die Knaben im ersten und zweiten Jahre betreffen, zeigt Vf., daß die Phimose zu sehr schweren Erkrankungen Anlaß geben kann und zwar zu hartnäckiger Obstipation und in ihrer Folge zu Appetitlosigkeit, Gewichtsstillstand, großer Unruhe, Krämpfen usw. Diese Erscheinungen beherrschen das Krankheitsbild so vollständig, daß die verursachende Phimose nicht beachtet wird. Die Kinder urinieren sehr häufig — viel öfter als gesunde — so daß die Mütter nicht an eine Störung der Harnentleerung denken, nachdem sie

das Kind immer naß liegen sehen. Bei der Untersuchung findet man eine stark ausgedehnte Blase, die sich niemals vollständig entleert. Durch den Druck der so vergrößerten Blase auf den Darm erklärt sich die andauernde Verstopfung des Kindes. Der untere Teil des Kolon wird gedehnt und Vf. ist geneigt, manche Fälle von den unter dem Namen der Hirschsprungschen Krankheit beschriebenen auf eine Phimose zurückzuführen. Die sekundären Erscheinungen können auch späterhin bestehen, wenn sich die Phimose schon längst zurückgebildet hat. Rasche Beseitigung der Verengerung — am sichersten durch Zirkumzision — führt schnell Besserung herbei. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22, 1907.)

Natriumzitrat bei den Magendarmaffektionen der Säuglinge. Von L. Miserocchi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Den Angaben englischer und französischer Autoren folgend, versuchte Miserocchi das zitronensaure Natron bei magendarmkranken Säuglingen. Im ganzen wurde es 67 Kindern im Alter von 1—13 Monaten verordnet, und zwar sechs Brustkindern, 42 mit künstlicher und 19 mit gemischter Ernährung. Von den Kindern litten 17 an gastrischer, 36 an gastrointestinaler Dyspepsie, 9 an akuter Gastroenteritis und 5 an Athrepsie. Von einer Lösung von 5·0 Natr. citr. in 300·0 versüßtem und sterilisiertem Wasser wurde bei Brustkindern ein Eßlöffel gleich nach der Mahlzeit gegeben; bei künstlicher Ernährung wurde die Lösung direkt in die Milch gegeben. Bei 9 Kindern machte Vf. den Versuch, ohne Diätregelung das Zitrat zu geben; in diesen war die erzielte Besserung quoad. Erbrechen und Stühle nur sehr gering. In den übrigen 58 Fällen wurden gleichzeitig mit der Zitratdarreichung die nötigen hygienisch-diätetischen Verordnungen gegeben, mit sehr günstigem Erfolg in 40 Fällen; in 18 Fällen war keine besondere Wirkung des Zitrats festzustellen. Bei den Dyspepsien und Athrepsien wirkte das Zitrat sehr prompt: nach 1—2 Tagen verschwand das Erbrechen, die Fäzes wurden gut, der Meteorismus hob sich; viel weniger prompt war die Wirkung bei Gastroenteritiden. Im ganzen beurteilt jedenfalls Vf. die Wirkung des Zitrats günstig, zumal es völlig unschädlich ist. — (Gazz. d. osped. Nr. 30, 1907.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

Neuere Mittel und Anwendungsformen.

Wasserstoffsuperoxyd (H_2O_2).

In einer gehaltreichen Arbeit aus der Rostocker Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten berichtet Walter Neumann über die Behandlung der Stomatitis mercurialis mit Wasserstoffsuperoxyd und gibt dabei eine ausgezeichnete Uebersicht über die mannigfache therapeutische Verwendung des H_2O_2. Seine große antiseptische Kraft verdankt dasselbe der Abgabe von Sauerstoff, die durch Berührung mit bestimmten organischen Stoffen stattfindet. Dieser freiwerdende Sauerstoff übt, weil in statu nascendi, einen stark oxydierenden, hervorragend antiseptischen Einfluß aus. Vor den meisten unserer wirkungsvollsten Antiseptika, z. B. den Quecksilbersalzen, dem Formol, der Karbolsäure und ihren Verwandten, hat das H_2O_2 das voraus, daß eine Intoxikation ausgeschlossen ist, daß es keine Aetzwirkung ausübt und keinerlei Schmerzen verursacht. Die durch lebhafte Sauerstoffentwicklung bedingte Oxydation erklärt auch die

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, erbeten.

Fähigkeit, des $H_2 O_2$, schmierige und eiternde Wunden zu säubern und bei gangränösen Prozessen die absterbenden Elemente schnell zu erweichen und zum Abstoßen zu bringen. Der freiwerdende Sauerstoff lockert einesteils mechanisch die zerfallenden Massen und löst sie andernteils chemisch auf. In der Rostocker Hautpoliklinik ist von dieser Eigenschaft, die Granulationsbildung anzuregen und reinliche Verhältnisse zu schaffen besonders bei schmierigen Geschwüren, speziell den verwahrlosten Ulcera cruris seit langem schon der ausgedehnteste Gebrauch gemacht worden Aber auch bei luetischen Plaques der Mund- und Rachenhöhle findet $H_2 O_2$ oft erfolgreich Anwendung. Eine weitere wertvolle Eigenschaft des Wasserstoffsuperoxyds ist die wohltätige desodorisierende Wirkung gegenüber gangränösen Prozessen, ohne (wie die meisten der übrigen Desodorantien) durch eigenen Geruch lästig zu fallen. Auch besitzt das $H_2 O_2$ hämostyptische Wirkung bei kleineren parenchymatösen Blutungen; es schäumt bei Berührung mit den blutenden Stellen auf und stillt die Blutung fast augenblicklich.

In der Chirurgie wird das Präparat zu Spülungen und Verbänden benutzt in 1—10%igen Lösungen. In erster Linie sind es die septischen und chronischen Eiterungen, bei denen es hervorragende Heilerfolge erzielt und die Gefahr der Amyloidose beseitigt. Mit Vorteil ist es angewandt worden bei Mastitis, bei komplizierten Frakturen, bei heißen und kalten Abszessen und putriden Empyemen, bei Arthritis purulenta, bei Osteomyelitis, bei stark eiternden Wunden nach Spaltung größerer Phlegmonen, bei Furunkeln, Karbunkeln und Panaritien, bei inoperablen Tumoren, die zum Teil zerfallen und in Jauchung übergegangen waren; bei gangränösen Ulzerationen, bei Erfrierungen und Frostbeulen. Beim Abnehmen von Verbänden, besonders sehr großen, bietet das Mittel noch den Vorteil, daß sich bei Durchfeuchtung mit demselben der Verbandstoff infolge der lebhaften Gasentwicklung viel leichter löst als bei Verwendung sterilen Wassers.

In der Ohrenheilkunde hat sich das Wasserstoffsuperoxyd fast unentbehrlich gemacht. Zeruminalpfröpfe erweicht man mit 1%iger Lösung und kann sie dann mit Leichtigkeit herausspülen. Bei Mittelohreiterungen wird, um den Eiter aus dem Cavum tympani und desen Seitenbuchten zu entfernen, dem liegenden Patienten mehrmals hintereinander eine 6—12%ige Wasserstoffsuperoxydlösung in das Ohr getropft und dann mit dem losgelösten Eiter durch Ansaugen mit einer Spritze wieder entfernt.

In der Gynäkologie wird das $H_2 O_2$ bei Kolpitis empfohlen, besonders bei eitrigen und gangränösen Formen, ferner bei Dekubitalgeschwüren der Scheide, bei Katarrh der Zervix, bei Erosionen, bei eitriger Urethritis, bei Vulvovaginitis kleiner Mädchen, bei inoperablen Karzinomen.

In der Augenheilkunde behandelt man mit Wasserstoffsuperoxyd: Konjunktividen, dann, traumatische Hornhautgeschwüre, Ulcus serpens, Dacryozystitis. Bei infektionsverdächtigen Verletzungen des Bulbus sind $H_2 O_2$-Spülungen empfohlen.

In der inneren Medizin empfiehlt Möller bei Anginen und besonders bei Diphtherie Pinselungen und Gurgelungen mit Lösungen von Hydrogenium peroxydatum, auch bei Anwendung von Diphtherieserum. Außer seiner lokalen Wirkung soll das $H_2 O_2$ imstande sein, außerordentlich große Dosen von Toxinen unwirksam zu machen. Weiter hat es in der inneren Medizin Verwendung gefunden bei: Pertussis (Inhalationen), bei putrider Bronchitis und zur Desodoration von stinkendem Harn und putridem Auswurf.

Von hervorragender Bedeutung ist das $H_2 O_2$ in der Toxikologie als das einzige wirksame Gegenmittel gegen Blausäurevergiftung. (Kobert.)

Auch in der Urologie und

Dermatologie bietet sich der Verwendung des $H_2 O_2$ ein reiches Feld: Spülungen bei Zystitis, im Endstadium der Gonorrhöe, bei chronischer Gonorrhöe und bei postgonorrhoischer Urethritis (Oxydation der Gonokokkentoxine); bei ulzerösen und speziell gangränösen Prozessen der Haut, bei torpiden vereiternden Bubonen, bei gangränösen und serpiginösen Formen der Ulcera mollia, bei Leukoplakia oris. Günstige Erfahrungen wurden weiterhin gemacht bei der Behandlung des Schweißfußes (Kombination des Mittels mit Formalin). Lupus faciei ist durch Wasserstoffsuperoxydumschläge wesentlich gebessert worden. Exulzerierte Gummata der Haut, luetische Ulzerationen der Zunge, im Mund und Rachen wurden von Nacht ungemein rasch durch $H_2 O_2$ zur Heilung gebracht. Dieser Autor erprobte die Wirkung des Mittels bei allen Entzündungen der Mundhöhle, bei Stomatitis katarrhalis, ulcerosa, aphthosa, bei Hyperkeratosis linguae und bei Stomatitis mercurialis.

In besonders ausgedehntem Maße wird das $H_2 O_2$ seit Jahren in der Zahnheilkunde gebraucht. Es kommt dabei hauptsächlich eine 3%ige Lösung in Anwendung.

In dem $H_2 O_2$ ist das Mittel gefunden, welches in einer das Wachstum der Bakterien aufhebenden Konzentration in den Mund gebracht werden kann, ohne gleichzeitig die Mukosa zu reizen, ohne den auch so schon von erheblichen Schmerzen gepeinigten Patienten neue Schmerzen zu bereiten, ein Mittel, dessen Geschmack nicht unangenehm empfunden wird, das nicht ätzend wirkt und noch dazu gänzlich ungiftig ist, so, daß man den Patienten ohne Bedenken große Mengen davon überlassen kann. Miquel hat nachgewiesen, daß es in der starken Verdünnung von 1 : 20.000 noch das Wachstum der Fäulniserreger verhindert; demnach genügt zur Desinfektion der Mundschleimhaut eine 2—3%ige Lösung, also $H_2 O_2$ in 400fach stärkerer Verdünnung, als nötig ist, um die Bakterienwirkung zu sistieren.

Wolters wendet das offizinelle $H_2 O_2$ in 5—10%iger Lösung an. Der typische penetrante Fötor ex ore verschwindet, sobald der Patient mehrere Minuten lang mit der Lösung den Mund spült. Nach 24stündigem Gebrauch fällt der schmierige Belag ab oder läßt sich mit Leichtigkeit abheben. Kleinere Geschwüre an Zunge und Wangenschleimhaut haben sich gereinigt. Nach weiteren 24 Stunden beobachtet man, daß die geschwürigen Flächen sich zu überhäuten beginnen und nach Verlauf von etwa fünf Tagen sind Zunge, Wangenschleimhaut und Zahnfleisch zum normalen Zustand zurückgebildet.

Ein großer Vorteil der Behandlung mit $H_2 O_2$ beruht darin, daß sich die wirkungsvolle Entwicklung von Sauerstoff nur bei Berührung des Präparats mit den erkrankten Stellen der Schleimhaut einstellt, während die gesunden Partien gar nicht tangiert werden. Freilich fehlt dem Mittel aus diesem Grunde die Tiefenwirkung. Bei tiefgehenden Geschwüren muß daher eine andere Therapie angewandt werden. Wolters empfiehlt tinct. jodi fortior, Scholtz setzt der Perhydrollösung eine 10—20%ige Arg. nitr.-Lösung hinzu und behauptet dadurch die dem Wasserstoffsuperoxyd fehlende Tiefenwirkung zu erreichen, oder er schickt der $H_2 O_2$-Pinselung eine solche mit Jodkalilösung voraus, wobei neben dem Sauerstoff auch Jod in statu nascendi seine Wirkung entfaltet.

Von den meisten Autoren wird betont, daß es bei Anwendung von $H_2 O_2$ kaum, jedenfalls nicht bei leichteren Stomatitiden, notwendig sei, die Quecksilberkur zu unterbrechen. Vf. macht aber darauf aufmerksam, daß man nun von dem $H_2 O_2$ nicht allzu viel verlangen dürfe und weist darauf hin, daß kariöse Zähne und Wurzelreste putrider Art usw. die rationelle Behandlung der Stomatitis undenkbar machen.

Nicht nur zur Behandlung einer bestehenden Stomatitis

ist das Mittel zu verwenden, sondern auch in zahlreichen Fällen zur prophylaktischen Pflege des Mundes während der Quecksilberkuren. Patienten, bei denen sich während der Kur Schwellung des Zahnfleisches oder leichter Saum an demselben zeigt, sind sofort anzuhalten, mit einer 1—2%igen Lösung möglichst oft den Mund auszuspülen. Dadurch wird der Ausbruch einer Stomatitis vermieden, ohne daß die Kur unterbrochen zu werden braucht.

Bei der Durchmusterung des Materials der Rostocker Klinik hebt Vf. als Ergebnis der prophylaktischen Behandlung hervor, daß überhaupt so gut wie keine Stomatitis mercurialis mehr bei Anwendung des $H_2 O_2$ vorkam. Greift man nur bei den kleinsten Anzeichen sofort ein oder gibt bei schlechten Mundverhältnissen sofort Wasserstoffsuperoxyd zur Mundspülung, so tritt keine Stomatitis mehr auf. Vf. gibt auszugsweise die Krankengeschichten einiger Fälle von Stomatitis mercurialis, die in vollster Entwicklung zur Aufnahme auf der Klinik kamen und die dartun, wie rasch und schmerzlos die gewöhnliche Therapie mit $H_2 O_2$ wirkt. Die Fälle zeigen mit großer Deutlichkeit, daß sich bestehende merkurielle Stomatitiden rasch, schonend und schmerzlos heilen, beginnende oder drohende verhüten lassen, wenn man energisch mit $H_2 O_2$ $^1/_4$—$^1/_2$stündlich gurgeln und spülen läßt. Man verwendet entweder das Merck sche 30%ige $H_2 O_2$ oder das gewöhnliche 10%ige Präparat. Beide wirken gleich gut. — (Diss. Rostock 1907.)

Trikresol.

Wie schon der Name andeutet, ist das Trikresol ein Gemisch dreier Kresole (Ortho-, Meta-, Parakresol), die aus dem rohen Steinkohlenteeröl vollkommen rein isoliert werden. Das Trikresol enthält die genannten drei Kresole, welche das antiseptisch wirksame Prinzip des rohen Steinkohlenteeröls darstellen etwa in folgendem Verhältnis: Orthokresol 35%, Metakresol 40%, Parakresol 25%. Der Unterschied gegenüber anderen Kresolpräparaten, z. B. Kreolin und Lysol besteht darin, daß das Trikresol lediglich die reinen Kresole ohne allen andern Zusatz enthält. Die reinen Kresole haben sich auch ohne Zusätze, wie z. B. Fettseifenlösung (Lysol), Harzseifen (Kreolin), als genügend wasserlöslich erwiesen. Die Wasserlöslichkeit des Trikresols beträgt 2·2 bis 2·55%. Die Lösung reagiert neutral und hat einen kreosotähnlichen Geruch. In Alkohol, Aether und fetten Oelen ist Trikresol leicht löslich. Das Trikresol ist ein kräftiges Antiseptikum. Nach Untersuchungen von Prof. Dr. Charteris u. a. ist die Wirksamkeit des Trikresols etwa dreimal so groß wie diejenige der Karbolsäure, wobei die Toxizität nur ein Drittel so gering ist. Trikresol hat auch den Vorzug, daß es Metall nicht angreift und die Hände weder schlüpfrig noch taub macht. Das Anwendungsgebiet ist im wesentlichen das gleiche wie dasjenige von Karbolsäure, Kreolin, Lysol usw. Für gewöhnliche Desinfektionszwecke genügen $^1/_2$ bis 1%ige Lösungen. Trikresol ist sehr geeignet zur Desinfektion von Instrumenten, da es Metalle nicht angreift und das Instrument in der Lösung stets sichtbar bleibt. Günstige Erfahrungen sind mit Trikresol bei Alopecia areata erzielt worden.

Nach der Deutschen Arzneitaxe 1906 kosten 100 g Trikresol 1 Mark. Nach der österreichischen Taxe 1·20 Kronen.

Stomachosan.

Stomachosan nennt Paul Frey, Swinemünde, ein von ihm hergestelltes Stomachikum, das laut Prospekt so rationell zusammengesetzt ist, daß wir es jetzt schon hier erwähnen wollen, obwohl bisher zuverlässige Mitteilungen über damit angestellte Erfahrungen fehlen. Stomachosan ist ein Fluid-Extrakt aus einem Gemisch von 5 Teilen Condurangorinde, 2 Teilen Chinarinde und je einem Teil Baldrianwurzel, Enzianwurzel und Ingwer. Es kommt in Originalflaschen zu 50 g à 1·50 Mark in den Handel und soll tropfenweise vor dem Essen genommen werden.

Als einzig wirklich zuverlässiges Appetitanregungsmittel hat Ref. bisher nur das China-Calysaja-Elixir kennen gelernt, das jeder Apotheker herstellen kann, das aber nur dann wirksam ist und gern genommen wird, wenn es auch wirklich aus der echten Calysaja-Rinde hergestellt wird, was nicht in jeder Apotheke der Fall ist. Dieses Elixir wird zweckmäßig eine halbe Stunde vor der Mahlzeit (ein Likörglas voll) genommen. Es ist nur unwesentlich billiger als das Stomachosan, dem als wirksame Bestandteile noch eine Reihe weiterer (außer Chinarinde) Drogen beigegeben ist, von denen wir gern Gebrauch machen, wenn es sich um eine Anregung des Appetits und der Magenverdauung handelt. Da also das Stomachosan rationell zusammengesetzt und nicht teuer ist, kann einem Versuch damit das Wort geredet werden.

Castoreum-Bromid.

Ueber Castoreum-Bromid, ein Nervinum, das vor einigen Jahren in die Therapie eingeführt wurde und sich auch dem Referenten in mehreren Fällen bestens bewährte, sind in letzter Zeit einige Arbeiten erschienen. die Günstiges darüber berichten. Däubler (Therap. Monatsh. Nr. 8, 1907) verwendet das Präparat (Sal. bromat. effervensc. cum Valerian. et Castoreo) besonders in den Fällen, in denen er um die Verordnung eines Brompräparats nicht herum kommt, wo er aber die lästigen Nebenwirkungen des Broms ausgeschaltet wissen will. Däublers Arbeit ist deshalb für den Praktiker beachtenswert, weil es sich nicht um eine der widerlichen pseudowissenschaftlichen Publikationen handelt, die von einer gewissen Sorte von „Kollegen“ in gewissen „Käsblättern“ losgelassen werden und in denen die natürlich vorzüglichen Wirkungen eines xbeliebigen neuen chemischen Präparats mit drei oder vier oder etwas mehr Krankengeschichten belegt werden (die übrigens jener Kategorie von „wissenschaftlichen Arbeitern“ auch niemand mehr glaubt). Däublers Erfahrungen stützen sich vielmehr auf eine große Reihe von Beobachtungen (210). Am meisten schätzt er das Mittel bei Neurasthenie mit vasomotorischen Störungen, hohem Blutdruck, Insomnie und Unruhe. Als sehr zweckmäßig hat Däubler die Kombination der Elektrotherapie dieser Zustände mit der Verabreichung von Castoreum-Bromid befunden.

Verbesserte Vorschriften für einige Pittylenpräparate.*)

Pittylenmixtur: Zu Pinselungen ist die Lösung des Pittylens in Azeton besonders geeignet. Azeton löst das Pittylen in jedem Verhältnis und eignet sich daher besonders zur Herstellung der Tinktur. Da es auch beim Aufpinseln auf die Haut leichter verdunstet, so ist die mit Azeton hergestellte Pittylentinktur der alkoholischen Lösung vorzuziehen:

Rp. Pittylen 5·0—10·0
Ol. Ricini 3·0
Azeton. ad 100·0
D. S. Pittylentinktur zum Bepinseln.

Pittylenschüttelmixtur: Für die Verwendung des Pittylens in Form einer Schüttelmixtur hat sich die nachstehende Komposition besonders bewährt:

Rp. Pittylen 10·0—20·0
Talc. venet. 15·0
Glycerin. 20·0
Aq. dest. ad 100·0
M. D. S. Zum Pinseln. Vor dem Gebrauch umschütteln.

Pittylensalbe: Bei den Pittylensalben hat sich an Stelle des Vaselin. flav. ein Gemisch von Vaseline mit Lanolin bewährt:

Rp. Pittylen 5·0—10·0
Paraffin. sol. 5·0
Lanolin. 25·0
Vaselin. flav. ad 100·0
D. S. Pittylensalbe.

2. Behandlungsmethoden.

Behandlung der Syphilis mit Mergal.

F. Höhne hat in der Breslauer dermatologischen Klinik 41 Luetiker (23 in

*) Siehe Zentralblatt Heft 6, S. 325, 1907.

der Klinik, 18 in der Poliklinik) mit Mergal behandelt. Das Resultat der Höhneschen Untersuchungen ist im allgemeinen ein günstiges, allerdings mit gewissen Einschränkungen.

Zunächst erscheint es sehr leicht, dem Körper soviel wie möglich genau bestimmbare Mengen von Hg durch das Einnehmen von Mergalkapsel zuzuführen. Nur wissen wir nicht, wieviel von dem per os eingeführten Hg vom Darmkanal wirklich resorbiert wird. Soviel steht fest, daß das Mergal selbst in hohen Dosen — bis 15 Kapseln täglich — in der Mehrzahl der Fälle beschwerdelos vertragen wurde. Nennenswerter Schaden oder Nachteil wurde trotz wochenlanger Zufuhr von 15 Mergalkapseln täglich niemals beobachtet. Selten bestanden in den ersten Tagen der Kur Beschwerden vonseiten des Magendarmkanals, die bald nachließen. Auch Durchfälle traten nicht häufig auf. Eine Stomatitis war in acht Fällen zu konstatieren. Was die Beeinflussung und Abheilung der syphilitischen Erscheinungen anlangt, so war in zehn Fällen die Wirkung des Mergals auf die vorhandenen Erscheinungen prompt und rasch und entsprach allen Anforderungen. In 24 Fällen war eine Beeinflussung der syphilitischen Prozesse unverkennbar, besonders die maculo-papulösen Exantheme zeigten bald eine Einwirkung, nur die Schleimhautveränderungen wichen nicht so rasch, eine Erscheinung, die auch bei Inunktions- und Injektionskuren besonders mit löslichen Hg-Salzen nicht so selten zu beobachten ist. Bei einem Tabiker (früher Lues) trat nach fünfwöchentlicher Behandlung eine bedeutende Besserung ein im subjektiven Befinden, eine Besserung des tabetischen Prozesses selbst war nicht zu erwarten. Fünf Fälle erwiesen sich refraktär, insofern als noch einige Injektionen mit Hg. salicyl. notwendig waren.

Was die Schnelligkeit der Rezidive nach Mergalkuren anbetrifft, so ermöglicht die Kürze der Beobachtungszeit noch kein abschließendes Urteil. Bei einer Reihe von Patienten traten allerdings Rezidive auf. Vf. gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Das Mergal übt zweifellos einen günstigen Einfluß auf syphilitische Veränderungen aus. Es ermöglicht eine milde beschwerdelose und diskrete Behandlung der Syphilis. Da es nur in 27·7% der Fälle selbst für die erste Kur, die eine sehr energische sein muß, durchaus günstig wirkt, so erscheint es bei sehr schweren, floriden Erscheinungen der Syphilis kontraindiziert.

2. Da das Mergal das einzige intern anzuwendende Hg-Präparat ist, das auch bei wochenlanger Anwendung nur selten Störungen hervorruft, die seine weitere Verwendung hindern, so kann es uns sehr unterstützen in dem Bestreben, bei jedem an Syphilis erkrankten Patienten die Behandlung chronisch intermittierend durchzuführen, was sonst sehr oft leider daran scheitert, daß die anderen Methoden den Patienten mehr belästigen oder ihn in seinem Berufe stören.

3. Vom chlorsauren Hg-Oxyd werden nicht unbedeutende Mengen resorbiert, die aber rasch wieder ausgeschieden werden. Die Ausscheidung durch die Nieren ist eine ziemlich bedeutende, aber gewissen Schwankungen unterworfen, die von individuellen Verschiedenheiten der Resorption abhängig sind. Die Hg-Ausscheidung nimmt allmählich zu und steigt proportional der eingeführten Mergaldosis. Ob jene resorbierte Mengen genügende sind, vermögen wir nicht zu sagen, da wir über die geringste Menge des zur Syphilisbehandlung nötigen Quecksilbers überhaupt noch im unklaren sind.

Aus den sorgfältigen Untersuchungen Höhnes geht hervor, daß von den intern zu verwendenden Hg-Mitteln nur das Mergal in Betracht kommen kann, da es unzweifelhaft einen günstigen Einfluß auf den syphilitischen Krankheitsprozess ausübt und wochenlang in hohen Dosen ohne jeden Nachteil genommen werden kann. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 87, 1907.)

Ovogal.

Georg Luda, Berlin, berichtet im Repertor. d. prakt. Med. Nr. 6, 1907,



über seine Erfahrung mit Ovogal, über das wir im „Zentralblatt“ schon des öfteren referiert haben; er schreibt dem Ovogal auf Grund seiner Erfahrungen eine entschieden gallentreibende Wirkung zu, welche die Erscheinungen der Cholelithiasis günstig beeinflußt, da diese, wie Kehr nachgewiesen habe, ein Folgezustand gestauter, entzündeter Galle sei. Außerdem hebt er die günstige Wirkung auf die Darmperistaltik hervor.

Die Behandlung der Tuberkulose.

Einer Arbeit von Rudolf Kirchhoff über die Behandlung der Tuberkulose nach Bier liegen 34 Fälle aus der Privatklinik von Dr. Krecke in München zugrunde. Die erzielten Resultate waren sehr gute. Die größte Aussicht auf Heilung haben im allgemeinen die geschlossenen Tuberkulosen. Die Stauungshyperämie stellt bei der Behandlung der Tuberkulose einen mächtigen Heilfaktor dar und steht der immobilisierenden Behandlung nicht nur nicht nach, sondern sie übertrifft sie sogar in der Verhütung der Gelenksteifigkeiten. Gegenüber der blutigen Behandlung hat sie den großen Vorzug, daß sie die Glieder nicht verstümmelt und die volle Funktionsfähigkeit sichert. Auch in den Fällen, wo sie eine vollkommene Heilung nicht herbeiführt, wirkt sie oft in hohem Grade schmerzstillend und ermöglicht so den Patienten, sich in der frischen Luft zu bewegen oder gar ihrem Berufe nachzugehen. Außerdem kommt in Betracht, daß sie außerordentlich bequem durchzuführen ist und keinerlei Ansprüche an finanzielle Leistungen der Patienten stellt. — (Diss. München, 1906, 64. S.)

Stauungshyperämie.

Ueber die Resultate in der Behandlung infektiöser chirurgischer Erkrankungen durch Stauungshyperämie berichtet Erich Meyer in einer Dissertation (Halle-Wittenberg, 1907, 52. S.) der das Material der v. Bramannschen Klinik und Poliklinik in Halle zugrunde liegt. Als Gesamtresultat stellt Vf. folgende Thesen auf: 1. Die Anwendung der Stauungshyperämie zur Heilung akuter infektiöser Erkrankungen hat sich als im Prinzip richtig erwiesen. 2. Die Anwendung der Stauungshyperämie ist empfehlenswert bei Mastitis, Furunkeln, Abszessen, infizierten Wunden, leichten Formen von Panaritien und Phlegmonen, phlegmonösen Bursitiden. 3. Bei schweren akuten infektiösen Erkrankungen empfiehlt sich nach erfolgter gründlicher Operation die Stauungshyperämie als Nachbehandlung und als Ersatz der Tamponade. 4. Bei Anwendung der Stauungshyperämie wirken warme Bäder unterstützend. 5. Bei der Behandlung der Panaritien mit Stauungshyperämie ist die Gummibinde dem Saugglase vorzuziehen mit Rücksicht auf die Schmerzvermeidung, ferner mit Rücksicht auf die Sauberkeit, Asepsis, endlich in Hinsicht auf die schnellere und bequemere Applikation. 6. Da Stauungshyperämie Schädigungen, z. B. Erysipel bewirken kann, ist die ständige Kontrolle des Verfahrens erforderlich. 7. Wegen der widersprechenden Resultate mit Bierscher Stauung gerade bei schweren akuten infektiösen Erkrankungen sind weitere Forschungen und Erfahrungen mit Stauungshyperämie in dieser Richtung notwendig, hier aber ganz besondere Vorsicht dringend geboten.

Mastitis und Biersche Stauung betitelt sich eine Erlanger Dissertation von Georg Sauer, der das Material der Erlanger Frauenklinik zugrunde liegt. Der Vf. gibt eine umfangreiche Statistik, aus der er folgendes positive Resultat aufstellt: Die Stauungsbehandlung nach Bier-Klapp bei Mastitis ist dringend zu empfehlen, da dieselbe 1. mindestens die Hälfte der Fälle noch kupiert, welche bei den bisherigen Methoden zur Eiterung kommen würden, 2. die bei der Abszedierung sonst gewohnten sechs Erkrankungswochen bis auf drei und vier abkürzt; 3. größere operative Eingriffe vermeidet und daher die erkrankte Drüse funktionell

und kosmetisch schont; 4. so leicht auszuführen ist, daß auch der praktische Arzt ohne viel Zeitverlust und Mühe imstande ist, die Methode sich anzueignen.

Gonorrhöebehandlung.

Lemonon hat eine größere Anzahl frischer Gonorrhöefälle mit Novargan, einem neuen Silberpräparat, behandelt. Meist wurde die 2-, gelegentlich auch die 3%ige Lösung 2—3mal täglich injiziert. Reizerscheinungen und Schmerzen machte diese Behandlung nicht. Gleichzeitige Spülungen mit Kaliumpermanganatlösung 1 : 4000 schienen manchmal von Nutzen. Die Wirkung auf die Gonokokken war eine befriedigende. Bemerkenswert war ein Fall von Gonorrhöe, der zwei Tage nach der Infektion in Behandlung kam und dem täglich 1 cm³ einer 15%igen Novarganlösung instilliert wurde. Das Sekret blieb ziemlich spärlich und nach 15 Tagen waren die Gonokokken vollständig und dauernd aus dem Sekret verschwunden, nachdem schon in der ersten Krankheitswoche ein Wiederaufflackern der Infektion zur Wiederaufnahme der bereits sistierten Behandlung gezwungen hatte. (Province médicale Nr. 8, 1907.)

Trockenbehandlung der Gonorrhöe. Zum Einblasen von Pulvern in die Urethra bedient sich Zeuner, Berlin, eines von Windler, Berlin N., Friedrichstraße 133a, hergestellten, Pulveral genannten Pulverbläsers. Nachdem durch Urinieren die Schleimhaut von Sekret gereinigt, das Orifizium gut abgetrocknet worden ist, wird die zur Aufnahme des Pulvers bestimmte Schaufel gestrichen voll beladen, das Glasrohr in das sich anschließende Hartgummirohr fest eingeschoben, die Ansatzspitze in das Orifizium eingeführt und durch viermaliges kräftiges Ausdrücken des Gummiballons die ganze Pulvermenge eingeblasen. Die eingetriebene Luft entweicht bald wieder. Daß das auf diese Weise eingeblasene Xeroform bis in die Pars bulbosa in bester Verteilung und in reichlicher Menge gelangt, konnte auch Posner mittels Endoskops konstatieren. Das vom Vf. bevorzugte Xeroform, das austrocknend, schmerzstillend, reizlos und keratoplastisch wirkt, haftet gut an der Schleimhaut, reduziert die Eiterproduktion schnell und kann durch Förderung der Ueberhäutung ohne Narbenbildung Strikturen verhindern. Die durch die Lufteinblasung verursachte Dehnung der Urethra kann das bei narbiger Verengerung schwierige Durchführen von Sonden und die Urinentleerung ohne Katheter erleichtern. Die Pulverbehandlung ist auch bei Frauen durchführbar. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25, 1907.)

Zystitistherapie.

Jeanbrau (Montpellier) hat mit der bei Tavel in Bern gesehenen Behandlung akuter Zystitiden vorzügliche Erfolge erzielt. Diese Behandlung besteht in täglichen Einspritzungen von 10—20 cm³ der 1—3%igen Kollargollösung in die Blase und hat den Vorzug, daß jede schmerzhafte Reaktion fehlt, während die Einspritzungen von Argentum nitricum bekanntlich enorm schmerzhaft sind; auch hört die Schmerzhaftigkeit des zystitischen Prozesses schnell auf und die Wirkung auf die infektiöse Ursache scheint intensiver zu sein als bei Verwendung von Arg. nitr. Die Wirkung des Kollargols auf chronische Zystitiden war weniger hervorragend, wie dies auch beim Arg. nitr. beobachtet wird und seinen Grund darin hat, daß die Ursache der Zystitis (Prostatahypertrophie, Blasentumor usw.) eine fortdauernde ist. Doch verdient auch hier das Kollargol vor dem Arg. nitr. den Vorzug, da die Spülungen und Injektionen bei Verwendung von Kollargol schmerzlos sind. — (La Clinique Nr. 32—35, 1907.)

Behandlung chlorotischer und anämischer Zustände.

Ueber die Behandlung chlorotischer und anämischer Zustände mit Liquor mangano-ferri peptonati „Gude" berichtet M. Steiner im Repertor. d. prakt. Med. Nr. 5, 1907. Das Präparat findet Anwendung nicht nur bei Chlorose, sondern auch bei sekundären Anämien, namentlich

solchen, die nach Blutungen, akuten Infektionskrankheiten und infolge Tuberkulose, Neurasthenie, Magen- und Darmkatarrh und in der Rekonvaleszenz entstehen, und schließlich auch als Nährmittel. Die Dosis für Erwachsene beträgt dreimal täglich einen Eßlöffel, für sich, in Milch, Wein oder Wasser. Kindern gibt man je einen Kaffeelöffel voll, am besten vor den Mahlzeiten. Vf. belegt seine günstigen Erfahrungen mit einigen auszugsweise mitgeteilten Krankengeschichten.

Behandlung von Puerperalfieber.

Ueber zwei mit Kollargol geheilte Fälle von Puerperalfieber nach Retention der Plazenta macht Hékimoglou Mitteilung im Jour. des Prat. Nr 35, 1907. Im ersten Fall trug die Erkrankung pyämischen Charakter. Sie zeigte schon sechs Stunden nach einer intravenösen Injektion von 10 cm³ einer 2½%igen Lösung eine deutliche Beeinflussung. Vier weitere im Verlauf der nächsten vier Tage vorgenommene Injektionen führten zur Heilung. Im zweiten Fall, der ebenso wie der erste im Anschluß an eine verzögerte Plazentarlösung mit operativer Nachhilfe eingetreten war, betrug die Temperatur schon am Tage nach der Entbindung 40°, gleichzeitig bestand blutiges Erbrechen, zahlreiche Petechien am ganzen Körper, trockene, belegte Zunge, übelriechende Lochien. Drei intravenöse Injektionen von je 10 cm³ einer 2½%igen Kollargollösung brachten die Kranke so weit, daß sie nach zehn Tagen wieder ihrem Haushalt vorstehen konnte.

Behandlung der Septikamie.

Ueber die Heilung zweier Fälle von Septikopyämie durch allgemeine und lokale Behandlung mit Kollargol berichtet Triboulet im Journ. des Prat. Nr. 27, 1907. Bei einem infolge von Typhus an eiteriger Pleuritis erkrankten Patienten injizierte Vf. nach Entleerung von zwei Litern eiterigen Exsudats aus der Pleura (ohne Rippenresektion) mehrmals im Verlauf von zwei Wochen 20—30 cm³ einer 1%igen Kollargollösung in die Pleurahöhle, insgesammt 200 cm³. Im Eiter wurden Staphylokokken nachgewiesen. Als nach der sechsten Einspritzung die Behandlung unterbrochen wurde, stieg die Temperatur von neuem an. Durch zwei weitere Injektionen von je 20 cm³ derselben Kollargollösung in den Pleurasack wurde die Temperatur zur Norm und der Kranke 20 Tage nach der Empyemoperation zur definitiven Heilung gebracht. Diese Methode der Behandlung des Pleuraempyems sei ebenso praktisch als ungefährlich. Hand in Hand mit dieser Lokalbehandlung gingen intravenöse Injektionen zum Zweck der Bekämpfung der Allgemeininfektion.

3. Rezeptformeln.

Epilepsie. Chorea.

Rp. Zinci oxydat. 5·0
Extr. Bellad. 2·0
Extr. Valer. 5·0
Pulv. rad. Valer. q.
s. ut. f. pil. Nr. C.

D. S. Dreimal täglich eine Pille. — (v. Strümpell.)

Singultus.

Rp. Chlorali hydrati 3·0
Mucilag. gummi. arab. } āā 15·0
Sir. rub. idaei }
Aq. dest. 60·0

D. S. Die Hälfte auf einmal; wenn nötig, das übrige kaffeelöffelweise in zweistündigen Pausen. — (Klinik Neusser.)

Aufweichen von Ceruminalpfröpfen.

1. Rp. Natr. carbon. } āā 0·5
Natr. salicyl. }
Aq. dest. } āā 5·0
Glycerin. }

M. D. S. Zweimal 40 Tropfen erwärmt einzuträufeln.

2. Rp. Perhydrol Merck 2·0
Aq. dest. 20·0
Glycerin 10·0

M. D. S. wie oben. — (Politzer).

Pilulae purgantes mites.

Rp. Fol. Sennae pulv. 4·0
Extr. Taraxaci q. s.
ut. f. pil. Nr. XXX.
Consp. Lycop.
D. S. Täglich 5—8 Stück. — (Hufeland.)

Pneumonie.

Rp. Camphor. 1·0
Tinctur. quillajae 5·0
Glycerini 5·0
Sirup. tolutan. 100·0
Sirup. aurant. flor. 50·0
Aqu. dest. q. s. ad 310 cm³
(Scheffler.)

Iritis mit sekundärem Glaukom.

Rp. Atropin. methylobromat. 0·1
Tropacocain 0·05
Paranephrin (Solut. 1 : 1000) gtts. X.
Aq. destill. steril. 10·0
S. Morgens, mittags und abends je einen Tropfen. — (Bruno).

Prophylaktiknm gegen Seekrankheit.

Rp. Nitroglycerini 0·0002
Morphin. muriat. 0·01
Cocain muriat. 0·01
Strychnin. 0·001
Resorcin. 0·06
Extr. cannabis ind. 0·015
M. f. pil. D. S. Alle vier Stunden eine Pille zu nehmen. — (Corning).

Brook'sche Paste.

Rp. Hydrarg. oleinici 28·0
Zinc. oxydat. } āā 7·0
Talc. venet. }
Vaselin. 14·0
Ichthyoli } āā 1·0
Acid. salicylic. }

Warzenbehandlung.

Rp. Chloral. } āā 1·0
Acid. acetic }
Acid. salicylic. } āā 4·0
Aether }
Collodii 15·0
Zur täglichen Einpinselung. — (Manthelin).

4. Varia.

Ueber die Spaltung einiger unlöslicher Jodverbindungen im tierischen Organismus hat Hans Hemmerling Untersuchungen angestellt. Er fand, daß das unlösliche Jodsilber im Organismus eine Spaltung in der Weise erfährt, daß das Silber als Schwefelsilber in den Kot und das Jod als lösliches Jodid in den Harn übergeht. Die Spaltung wird durch den im Eiweiß enthaltenen Schwefel oder durch den bei der Zersetzung des Schwefels frei werdenden Schwefelwasserstoff hervorgerufen. Da der Schwefelwasserstoff im tierischen Organismus nur im Darm vorkommt, so muß hier der Ort der Spaltung des Jodsilbers zu suchen sein. — (Diss. Bonn.)

Akute Zitrophenvergiftung.

J. Heyde (Dresden) berichtet in der Münch. med. Wochenschr. Nr. 33, 1907, über eine akute Zitrophenvergiftung. Der Fall betraf einen Studenten, der vor sechs Jahren eine Myokarditis durchgemacht hatte, jetzt aber gesund war. Er erkrankte an einem Tonsillarabszeß und erhielt als Linderungsmittel 3 Zitrophenpulver à 1 g mit der Weisung, das erste Pulver sofort, abends, das zweite am Morgen nach dem Frühstück zu nehmen und mit dem dritten zu warten, bis der Arzt wieder bei ihm gewesen wäre. Ungefähr eine Stunde nach der zweiten Dosis traten Herzschwäche, Arythmie, hochgradige Zyanose, kalte Extremitäten, Schweiß, Hinfälligkeitsgefühl ein, die Temperatur war nicht wesentlich herabgesetzt. Es gelang, durch Analeptika die Gefahr zu beseitigen. Das Schwächegefühl hielt aber 4 Tage, die Zyanose 3 Tage an. Da auch schon von anderer Seite über Vergiftungserscheinungen nach Zitrophenverabreichung berichtet wurde und da hier bei einem jungen Menschen nach 2 g Zitrophen so schwere Erscheinungen auftraten, ist bei Anwendung des Mittels äußerste Vorsicht anzuwenden.

Bücher-Anzeigen.*)

Die Seereisen zu Heil- und Erholungszwecken. Von Sanitätsrat Dr. Edmund Friedrich. Berlin 1906. Verlag von Vogel & Kreienbrinck. 325 Seiten.

„Die Seereisen zu Heil- und Erholungszwecken" betitelt sich ein Buch, mit dem Sanitätsrat Dr. Edmund Friedrich, man darf wohl sagen, in erschöpfender Ausnützung der ziemlich reichhaltigen, aber weit zerstreuten Literatur, eine Geschichte der gesundheitlichen Seereisen von den Zeiten an, als einst römische Schiffe das Mittelmeer zu Heilzwecken durchquerten bis zur allerjüngsten Gegenwart, schuf und damit eine Lücke in der medizinischen Literatur ausfüllte.

Mit wahrem Bienenfleiß hat der Vf. alles auf therapeutische Seereisen bezügliche — und das ist nicht wenig — in den Bibliotheken zusammengesucht und zu einem historischen Werke vereinigt; die englische, französische und deutsche Literatur mußten das geschichtliche Material liefern, und manche wertvolle Arbeit (ich erinnere nur an die Dissertationen von W. Forster und Erler) ist so der Vergessenheit entrissen und gebührender Beachtung zugeführt worden. Besonders der Umstand, daß neben den Angaben aus größeren, besonders ausländischen Werken (Gilchrist, Rush, J. Clark usw.) gerade die kleinen Journalartikel im Auszug Aufnahme in das Buch fanden und dabei der Autor auf die Quellen selbst zurückweist, machen dasselbe besonders wertvoll. So läßt sich das Werk bei weiteren literarischen Arbeiten über diese Materie als Orientierungs- und Nachschlagebuch mit ganz besonderem Vorteil verwenden, wobei das sorgfältig zusammengestellte Namens- und Sachverzeichnis sehr zu Hilfe kommt.

Als ein Vorzug des Werkes ist es auch zu bezeichnen, daß überall zwischen die Referate aus größeren Werken in chronologischer Reihenfolge kleinere Mitteilungen früherer und noch aktiv tätiger Schiffs- und Tropenärzte eingestreut sind und diese Mitteilungen enthalten reichliche, aus dem praktischen Leben geschöpfte Erfahrungen und Ratschläge.

Seinem Hauptinhalt nach könnte das Buch Dr. E. Friedrichs ebensogut betitelt sein: „Welchen therapeutischen Nutzen haben Seereisen bei Lungenphthise?" Denn fast neun Zehntel seines Inhalts sind der Behandlung der Schwindsucht mit Seereisen gewidmet und nur ein verschwindend kleiner Teil beschäftigt sich mit der Frage, welche günstige Wirkung der längere Schiffsaufenthalt bei anderen chronischen und konstitutionellen Krankheiten, sowie als Erholungsmittel hat. Dies ist aber kein Fehler des Buches, im Gegenteil, diese fast ausschließliche Beschäftigung mit der Lungentuberkulose liegt am historischen Material selbst und das ist gerade interessant, daß zu allen Zeiten Tuberkulose die Hauptindikation für Seereisen bildete — und die Erfolge meist recht gute sind.

Aus dem Streit der Meinungen der vielen Autoren, die in dem Buch zur Sprache kommen, lassen sich scharf begrenzte, leitende Gesichtspunkte, nach denen Phthisiker aufs Schiff geschickt oder nicht geschickt werden dürfen, herausentwickeln. Noch mehr. Dem Buch lassen sich die genauen Indikationen entnehmen, in welchem Stadium, zu welcher Jahreszeit, nach welchem Reiseziel, auf wie lange Zeit usw. der Phthisiker je nach Individualität und Grad der Erkrankung auf die See geschickt werden soll. Gerade ein präzises Individualisieren lehrt das Buch dem Praktiker. Und das ist beim „Ordinieren" einer Seereise mehr nötig, als bei jeder anderen Therapie, die erforderlichenfalls jederzeit unterbrochen werden kann.

Neben den Indikationen zu Ozeanreisen werden in dem Buch ferner die zu verschiedenen Zeiten vorherrschenden Theorien über das heilsame Agens, durch das „das Meer alle Uebel fortwäscht", diskutiert. Ob es die staub- und bakterienfreie, appetitanregende Luft ist, ihr reichlicher Ozon- oder Salzgehalt und verminderter Kohlensäuregehalt, ihre konstante Feuchtigkeit und Temperatur oder der hohe Luftdruck, oder ob das Schwanken und Zittern des Schiffes und die Seekrankheit den heilsamen Einfluß aus-

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung **Moritz Perles**, Wien, I. Seilergasse 4.

üben, all das kommt ausführlichst zur Sprache. Auffallend ist, daß viele namhafte Autoren früherer Zeit intensiver Muskeltätigkeit auf dem Schiff das Wort reden, soll die Seereise ihren Zweck erfüllen — heutzutage wird in den Landsanatorien im geraden Gegensatz dazu die Liegekur durchgeführt.

Das Buch regt so bei eingehender Lektüre tatsächlich recht zum Nachdenken an, erweckt beim Arzt neue Ideen und wenn man es bei der ersten flüchtigen Lektüre vielleicht bald wieder zur Seite legt, da es rasch ermüdet wegen der vielen Wiederholungen, so wird man es doch, je mehr man sich in seinen Inhalt vertieft, umso interessanter finden. Gerade diese Wiederholungen gehören eben zum Wesen, zur Eigenart eines solchen historischen Detailwerkes. Daß das Buch anfänglich ermüdet und beim Leser den Eindruck der Monotonie erweckt, dazu trägt viel der Umstand bei, daß es von Anfang bis Ende jeder augenfälligen Einteilung jeder Gliederung in größere Abschnitte entbehrt. Eine solche Gliederung, am besten nach chronologischem Prinzip, würde das Buch übersichtlicher und einladender zur Lektüre machen.

Ohne allen Zweifel füllt Dr. E. Friedrichs Buch über gesundheitliche Seereisen eine bisher bestehende Lücke in der medizinischen Literatur aus und besitzt als Kollektivwerk der allerorts zerstreuten einschlägigen Literatur einen nicht zu unterschätzenden wissenschaftlichen Wert. Für den praktischen Arzt dürfte es aber zu detailliert und umfangreich, für den gebildeten, gesunden Laien außerdem doch zu wenig verständlich und daher nicht interessant genug sein; für den vermögenden Kranken, besonders Phthisiker aber, der sich Seereisen leisten kann, ist es sicher ein Trostspender, der dem Patienten neue Hoffnung gibt und damit die erste Grundbedingung für eine aussichtsreiche Therapie erfüllt.

Dr. A. Dessauer, München.

Die Mittel zur Verhütung der Konzeptionen. Von Hans Ferdy. Leipzig 1907. Verlag von Max Spohr. In zwei Teilen. I. Die Mittel. Preis 1·80 Mark. II. Die Stellungnahme des Arztes gegenüber dem Verlangen nach Konzeptionsverhütung im Volke. Preis 75 Pf.

Der erste Teil behandelt alle diesbezüglichen Mittel, beginnend vom Coitus interruptus: „Den Jungferntee", das Kondom, die Globuli, das Okklussivpessar, die Schwämme, die Vaginalinjektionen usw. Der Vf. kommt dabei zu dem Schluß, daß als relativ sichere Mittel nur der Kökal- und der lange Gummikondom in Betracht kommen. Als ganz unsicher seien die Vaginalinjektionen anzusehen. 14 Monate nach einer Geburt sei bei jeder Frau ohne Ausnahme der reguläre Gebrauch anticonzeptioneller Mittel indiziert. Bei der Sterilisierung, die auf operativem Wege erzielt wird, sei eben die Tragweite der Maßnahme genau zu überdenken. Ein neues Verfahren zu diesem Zwecke ist die Beleuchtung mit Röntgen-Strahlen, da es bei der Frau dabei zur Atrophie der Ovarien kommt. Der beste Zeitpunkt dafür sind die Tage kurz vor und während der Menstruation, da in dieser Zeit die Frauen rascher reagieren. Der zweite Teil behandelt ausführlich die Ansichten vieler medizinischer Autoritäten, die natürlich manchmal stark divergieren. So gehen einige so weit, den Schutz des Gesetzes anzurufen, um die Nutzbarmachung der Röntgen-Strahlen für Herabdrückung der Geburtsfrequenz strafrechtlich zu verfolgen (Dr. Hennecart, Sedan), während andere (Zepler, Gouner), der Einschränkung der Geburten im Hinblick auf Vermögensverhältnisse, Gesundheitszustand der Frau usw. das Wort reden.

G. Wiener, München.

Chemische und bakteriologische Untersuchung von Milch und Milchprodukten. Mit zahlreichen Abbildungen. Ein Handbüchlein für den Praktiker. Von dipl. Ing. Adolf Reitz, Stuttgart. Zweite Auflage. Stuttgart, Verlag der „Illustrierten deutschen milchwirtschaftlichen Presse". 40 Seiten. Preis 2 Mark.

Dieses Büchlein, welches für den milchwirtschaftlichen Praktiker bestimmt ist, der ohne wissenschaftliche Vorbildung in seinem Berufe chemische und bakteriologische Untersuchungen auszuführen hat, wird sicher auch dem Arzt und Hygieniker, der sich mit Milchuntersuchungen beschäftigt, nicht unwillkommen sein.

J.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



